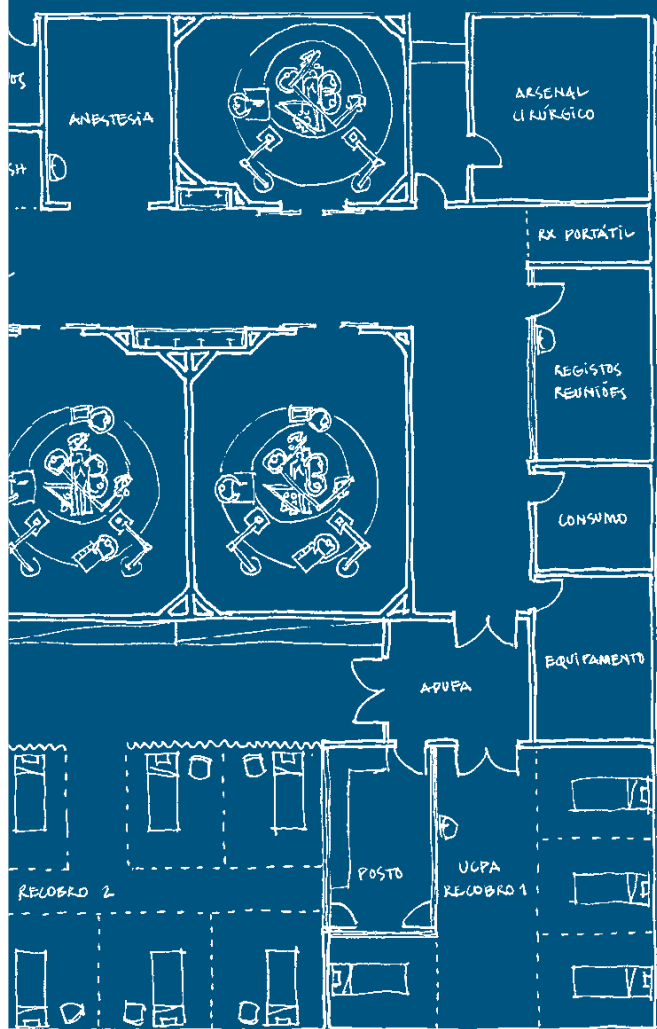


COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente



Ministério da Saúde



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade  
centrado no utente

30 DE MAIO DE 2008







## CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (CNADCA)

### NÚCLEO EXECUTIVO

Doutor Fernando Araújo  
vice-presidente do conselho directivo da  
Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), IP

Dr. José Gaspar Pais  
administrador hospitalar, Coordenação nacional para  
a Infecção VIH/SIDA

Dr. Manuel Seca  
especialista em cirurgia geral e coordenador da  
unidade de cirurgia de ambulatório do Centro  
Hospitalar do Porto, EPE

Enfermeira Maria Isabel Rocha Macedo  
enfermeira-chefe do bloco operatório do Centro  
Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

Dr. Paulo Lemos  
assistente hospitalar graduado de anestesiologia e  
responsável pela comissão executiva do Gabinete de  
Implementação do Centro de Cirurgia Ambulatória do  
Centro Hospitalar do Porto, EPE

Doutor Silvestre Carneiro  
especialista em cirurgia geral e coordenador da  
unidade de cirurgia de ambulatório do Hospital de São  
João, EPE

Dr. Victor Herdeiro  
administrador hospitalar, Vogal Executivo do Conselho  
de Administração da Unidade Local de Saúde de  
Matosinhos, EPE

### PLENÁRIO

Doutor Fernando Araújo  
vice-presidente do conselho directivo da  
Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), IP,  
que presidirá.

Enfermeira Alexandra Costa  
enfermeira responsável da unidade de cirurgia de  
ambulatório do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo,  
EPE

Doutor António Castanheira Dinis  
chefe de serviço de oftalmologia e presidente do  
conselho de administração do Instituto Gama Pinto.

Dr. António José Carvalho Capelo  
chefe de serviço de cirurgia geral do Centro Hospitalar  
de Coimbra, EPE

Doutor Armando Mansilha  
especialista em cirurgia vascular do Hospital São João,  
EPE

Dr. Carlos Sousa  
chefe de serviço de cirurgia geral do Hospital do  
Litoral Alentejano.

Dra. Fátima Figueiredo  
especialista em anestesiologia e coordenadora da  
unidade de cirurgia de ambulatório da Unidade  
Hospitalar de Santo Tirso do Centro Hospitalar do  
Médio Ave, EPE

Dr. Francisco José Espinha Ribeiro de Carvalho  
especialista em cirurgia plástica e director clínico do  
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Doutor João Bernardes  
especialista em ginecologia/obstetrícia do Hospital São  
João, EPE

Dr. João Manuel Varandas Fernandes  
assistente hospitalar graduado de ortopedia e director  
do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Lisboa  
Central, EPE

Dr. Jorge Martins  
assistente graduado de cirurgia geral e presidente do  
conselho de administração do Hospital Arcebispo João  
Crisóstomo.

Enfermeiro Jorge Manuel Machado Rola  
enfermeiro responsável da unidade de cirurgia de  
ambulatório do Hospital Distrital de Santarém, EPE

Dr. José Aníbal Soares  
assistente hospitalar graduado de cirurgia geral do  
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE

Dr. José Gaspar Pais  
administrador hospitalar, Coordenação nacional para  
a Infecção VIH/SIDA

Dr. Luís Gabriel Pereira  
assistente hospitalar graduado de cirurgia geral e  
responsável pela unidade de cirurgia de ambulatório  
do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE

Dr. Luís Meireles  
especialista em otorrinolaringologia do Centro  
Hospitalar do Porto, EPE

Dr. Manuel Gonçalves Carvalho  
assistente graduado de cirurgia geral e director clínico  
do Hospital do Espírito Santo, EPE

Dr. Manuel Seca  
especialista em cirurgia geral e coordenador da  
unidade de cirurgia de ambulatório do Centro  
Hospitalar do Porto, EPE



Dra. Manuela Mota Pinto  
administradora hospitalar do Centro Hospitalar de  
Coimbra, EPE

Enfermeira Maria Isabel Rocha Macedo  
enfermeira-chefe do bloco operatório do Centro  
Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

Dra. Maria Fátima Aguiar Pereira  
assistente graduada de cirurgia geral do Hospital  
Visconde Salreu.

Dr. Mohamede Americano  
especialista em cirurgia geral e director da unidade de  
cirurgia de ambulatório do Centro Hospitalar do  
Barlavento Algarvio, EPE

Enfermeira Nilza Maria Lopes Rocha Araújo Lima  
enfermeira responsável da unidade de cirurgia de  
ambulatório do Hospital Curry Cabral, EPE

Dr. Óscar Gonçalves  
chefe de serviço de cirurgia vascular dos Hospitais da  
Universidade de Coimbra.

Doutor Paulo Dinis  
especialista em urologia do Hospital de São João, EPE

Dr. Paulo Lemos  
assistente hospitalar graduado de anestesiologia e  
responsável pela comissão executiva do Gabinete de  
Implementação do Centro de Cirurgia Ambulatória do  
Centro Hospitalar do Porto, EPE

Doutor Silvestre Carneiro  
especialista em cirurgia geral e coordenador da  
unidade de cirurgia de ambulatório do Hospital de São  
João, EPE

Dr. Victor Herdeiro  
administrador hospitalar, Vogal Executivo do Conselho  
de Administração da Unidade Local de Saúde de  
Matosinhos, EPE

## GRUPO TÉCNICO

Dra. Ana Leça  
directora de serviços de Qualidade Clínica da  
Direcção-Geral da Saúde.

Dra. Cláudia Borges  
da Unidade Operacional de Contratualização e  
Financiamento da Administração Central do Sistema  
de Saúde (ACSS).

Fernando Mota  
vice-presidente do conselho directivo da ACSS.

Dr. Fernando Tavares  
coordenador do Departamento de Estudos e  
Planeamento da ARSN, I. P.

Dr. Pedro Gomes  
coordenador da Unidade Central de Gestão  
de Inscritos para Cirurgia.

Arquitecta Sofia Coutinho  
coordenadora da Unidade Funcional da Gestão  
de Projectos de Instalações da ACSS.

## CONSELHO CONSULTIVO

Enfermeira Ana Paula Santos Silva  
da Ordem dos Enfermeiros

Dr. Eurico Alves  
vogal do conselho directivo da Entidade  
Reguladora da Saúde.

Dra. Isabel Machado  
representante da Direcção da Associação  
de Utentes «Plataforma Saúde em Diálogo».



## AGRADECIMENTOS

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO  
DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (CNADCA)

Andreia Pereira  
Departamento de Estudos e Planeamento, ARSN, IP

Antonino Leite  
Gabinete de Relações Públicas, Documentação e  
Informação, ARSN, IP

António José Correia  
Director dos Sistemas de Informação, Centro  
Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

Carla Antunes  
Unidade Funcional de Gestão de Projectos de  
Instalações, Unidade Operacional de Normalização de  
Instalações e Equipamentos, ACSS, IP

Carlos Antunes  
SIGIC, ACSS, IP

Clarisse Martins  
Enfermeira Directora, Centro Hospitalar da Póvoa do  
Varzim/Vila do Conde

Cláudia Almeida  
Gabinete de Relações Públicas, Documentação e  
Informação, ARSN, IP

Henrique Galvão  
Unidade Operacional de Investimentos em Instalações  
e Equipamentos, ACSS, IP

João Reis  
Departamento de Estudos e Planeamento, ARSN, IP

Jorge Saro  
Departamento de Estudos e Planeamento, ARSN, IP

José Carlos Caiado  
Vogal Executivo do Conselho Directivo, ACSS, IP

José Castanheira  
Director da Unidade de Gestão dos Sistemas de  
Informação, ARSN, IP

Luís Fidalgo  
Engenheiro de Sistemas

Luís Horta  
Unidade Operacional de Normalização de Instalações  
e Equipamentos, ACSS, IP

Luís Matos  
Administrador Hospitalar, Centro Hospitalar do Porto,  
EPE

Luís Porto Gomes  
Director da Unidade Operacional de Estudos e  
Planeamento, ACSS, IP

Luís Sobreiro  
Membro Executivo da UGICCA, Centro Hospitalar do  
Porto, EPE

Manuela Rolim  
Sistemas de Tecnologias de Informação e  
Comunicação, ACSS, IP

Maria do Céu Valente  
Unidade Operacional de Financiamento e  
Contratualização, ACSS, IP

Mónica Macedo  
Enfermeira Chefe da UCA, Centro Hospitalar da Póvoa  
do Varzim/Vila do Conde

Nuno Amaro  
Unidade Operacional de Financiamento e  
Contratualização, ACSS, IP

Raquel Paupério  
Gabinete de Relações Públicas, Documentação e  
Informação, ARSN, IP

Rita Cristóvão  
SIGIC, ACSS, IP

Aos profissionais de saúde de todas as Unidades de Cirurgia de Ambulatório dos hospitais do SNS: pelo esforço,  
dedicação e competência!



## ÍNDICE

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO  
DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (CNADCA)

Prefácio .....	10
Sumário executivo .....	15
Resumo das medidas propostas .....	22
<b>01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....</b>	<b>27</b>
1.1. FUNDAMENTOS DA CRIAÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....	28
1.2. HISTÓRIA DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM PORTUGAL .....	29
1.3. HISTÓRIA DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO ESTRANGEIRO .....	31
1.4. INQUÉRITO NACIONAL, DESENVOLVIDO PELA CNADCA .....	34
1.4.1. Organização dos programas de CA nos hospitais do SNS .....	34
1.4.2. Logística disponível para os diferentes programas de CA .....	36
1.4.3. Actuais constrangimentos para o desenvolvimento da CA .....	36
1.4.4. Identificação da evolução e do grau de realização actual da CA no SNS .....	37
1.5. ALGUMAS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A MELHORIA DA PRÁTICA DA CA .....	39
1.6. CONCLUSÃO .....	42
1.7. MEDIDAS PRECONIZADAS .....	43
1.8. BIBLIOGRAFIA .....	43
<b>02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....</b>	<b>45</b>
2.1. EVOLUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM PORTUGAL .....	46
2.2. A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA GLOBAL .....	47
2.2.1. Análise da produção cirúrgica com base na informação fornecida pela ACSS .....	47
2.2.2. Análise da produção cirúrgica nacional extraída do SIGIC – ano 2006 .....	52
2.3. HARMONIZAÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO E CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS .....	55
2.4. PRODUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ELEGÍVEIS PARA AMBULATÓRIO .....	58
2.4.1. Procedimentos dos Grupo A e B .....	58
2.4.2. Procedimentos do Grupo A .....	59
2.4.3. Procedimentos do Grupo B .....	61
2.5. O EFEITO DA TAXA DE AMBULATÓRIO NA MEDIANA DO TEMPO DE ESPERA .....	62
2.6. MEDIDAS PRECONIZADAS .....	64
<b>03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA .....</b>	<b>65</b>
3.1. INTRODUÇÃO .....	66
3.2. DESCRIÇÃO DOS PROGRAMAS DIRIGIDOS À RECUPERAÇÃO DE LISTAS DE ESPERA .....	66
3.2.1. Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE) .....	66
3.2.2. Programa para a Promoção do Acesso (PPA) .....	67
3.2.3. Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) .....	70
3.2.4. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) .....	70
3.3. EVOLUÇÃO DA LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA .....	72
3.4. IMPACTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NA DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA .....	75
3.5. MEDIDAS PRECONIZADAS .....	78
3.6. LEGISLAÇÃO .....	78



<b>04. ESTUDO SOBRE PERCEÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO</b>	<b>79</b>
4.1. ESTUDO DE PERCEÇÃO SOBRE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	80
4.2. PERCEÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	83
4.2.1. A percepção dos cidadãos sobre a cirurgia de ambulatório	83
4.2.2. A percepção dos profissionais de saúde sobre a cirurgia de ambulatório	87
4.2.3. Satisfação dos cidadãos intervencionados com a cirurgia de ambulatório	92
4.3. VISÃO DE SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO	96
4.3.1. Percepção da prática actual	97
4.3.2. Utilidade da cirurgia de ambulatório	98
4.3.3. Percepção face ao futuro da cirurgia de ambulatório	99
4.4. RECOMENDAÇÕES	100
4.4.1. Ampliar a visibilidade da Cirurgia de Ambulatório	100
4.4.2. Reforçar a receptividade à Cirurgia de Ambulatório	100
4.4.3. Contrariar as desvantagens da Cirurgia de Ambulatório	101
4.4.4. Melhorar a prática actual da Cirurgia de Ambulatório	101
4.4.5. Monitorizar o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, a nível nacional	102
<b>05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO</b>	<b>103</b>
5.1. INTRODUÇÃO	104
5.2. ORGANIGRAMA FUNCIONAL	105
5.2.1. O percurso dos utentes	105
5.2.2. O percurso dos acompanhantes	111
5.2.3. O percurso dos profissionais	112
5.2.4. O circuito de limpos	113
5.2.5. O circuito de sujos	114
5.2.6. Apoios	114
5.3. MEDIDAS PRECONIZADAS	116
5.4. BIBLIOGRAFIA	116
ANEXO I – Circuitos da Cirurgia de Ambulatório	117
ANEXO II – Requisitos, Normas e Programa Funcional das Unidades de Cirurgia de Ambulatório	124
<b>06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/ REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO</b>	<b>131</b>
ANEXO I – Simulação financeira	134
A. Estudo de nova Unidade de Cirurgia de Ambulatório sem pernoita	136
B. Estudo de nova Unidade de Cirurgia de Ambulatório com pernoita	139
C. Equipamento de nova Unidade de Cirurgia de Ambulatório	142
<b>07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO</b>	<b>143</b>
7.1. INTRODUÇÃO	144
7.2. PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES AO SISTEMA DE CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	146
7.2.1. Tabela de Preços a Praticar pelo Serviço Nacional de Saúde	146
7.2.2. Produção Marginal	154
7.2.3. Índice de 'case mix'	155



7.3. ALTERAÇÃO À LOTAÇÃO CIRÚRGICA DOS HOSPITAIS .....	155
7.4. PESO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO CONTRATO-PROGRAMA .....	156
7.5. ALTERAÇÃO DOS PREÇOS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO ÂMBITO DA CONTRATUALIZAÇÃO .....	156
7.6. MEDIDAS PRECONIZADAS .....	157
7.7. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA .....	158
<b>08. TAXAS MODERADORAS .....</b>	<b>159</b>
8.1. FUNDAMENTOS DA CRIAÇÃO DAS TAXAS MODERADORAS E DA SUA IMPLEMENTAÇÃO .....	160
8.2. CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO E DE ISENÇÃO DAS TAXAS MODERADORAS .....	160
8.3. A REALIDADE DAS TAXAS MODERADORAS NO ÂMBITO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....	162
8.4. IMPACTO ECONÓMICO DAS TAXAS MODERADORAS, NO ÂMBITO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO, NO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS .....	163
8.5. ESTRATÉGIA PARA INCENTIVAR A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO PELO LADO DOS UTENTES .....	163
8.6. CONCLUSÃO .....	164
8.7. MEDIDAS PRECONIZADAS .....	164
8.8. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL .....	164
<b>09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO .....</b>	<b>165</b>
9.1. INTRODUÇÃO .....	166
9.2. PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES PARA O CURTO PRAZO .....	167
9.3. PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES PARA O MÉDIO/LONGO PRAZO .....	169
ANEXO I – Propostas de alterações ao SONHO/SAM e SINUS/SAM .....	171
<b>10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....</b>	<b>179</b>
10.1. INTRODUÇÃO .....	180
10.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE .....	181
10.3. MEDIDAS PRECONIZADAS .....	184
ANEXO I – Fluxogramas .....	187
ANEXO II – Procedimentos .....	189
ANEXO III – Protocolos técnicos .....	189
ANEXO IV – Folhetos informativos .....	191
ANEXO V – Manual de boas práticas .....	192
<b>11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....</b>	<b>193</b>
PROGRAMAS, OBJECTIVOS E RESPECTIVAS METODOLOGIAS .....	195
1. FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA .....	195
1.1. Curso de Medicina .....	196
1.2. Curso de Enfermagem .....	197
1.3. Cursos de Administração/Gestão hospitalar .....	198



2. FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA .....	199
2.1. Médicos .....	199
2.1.1. Anestesiastas e Cirurgiões das especialidades utilizadoras da Cirurgia de Ambulatório .....	199
2.1.2. Médicos de Medicina Geral e Familiar .....	201
2.2. Enfermeiros .....	202
2.2.1. Enfermeiros das Unidades de Cirurgia de Ambulatório .....	202
2.2.2. Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários .....	203
2.3. Administradores/Gestores Hospitalares .....	203
CONCLUSÃO .....	204
ANEXO I – Inquérito Nacional – Formação em Cirurgia de Ambulatório .....	205
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES .....	207
12.1. INTRODUÇÃO .....	208
12.2. DADOS DO ‘SIM-CIDADÃO’ .....	208
12.3. MEDIDAS PRECONIZADAS .....	209
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS .....	211
14. CASOS ESPECÍFICOS .....	229
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL .....	237



## PREFÁCIO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO  
DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (CNADCA)

O Programa do XVII Governo constitucional realça a importância de incentivar o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CA), importante instrumento para o aumento da efectividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar.

A cirurgia em regime de ambulatório é nos países desenvolvidos a área de maior expansão cirúrgica nos últimos trinta anos. A centralização da medicina no Utente e as alterações organizacionais que isso implica, possuem múltiplas vantagens inerentes: menor taxa de complicações pós-operatórias (dor, trombo-embolismo, infecção nosocomial), criação de menos stress aos utentes, possibilidade de recuperação no ambiente familiar, regresso precoce às suas actividades diárias (vida familiar e actividade profissional) e um aumento da acessibilidade dos doentes à cirurgia.

Na verdade, o impacto social e económico do modelo organizativo possibilita um incremento da qualidade, a redução da lista de espera cirúrgica e ainda uma racionalização da despesa em saúde. Deste modo, a CA é das poucas abordagens em saúde, em que todos os elementos retiram benefícios: o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), o profissional (satisfação) e o estado (custos), possuindo por isso um potencial que deve ser rentabilizado.

No entanto, e apesar destas vantagens, a actividade de CA em Portugal mantém-se em valores muito reduzidos quando comparada com outros países Europeus e da América do Norte. De forma a tentar ultrapassar esta realidade, e em função da complexidade da estrutura organizacional de um programa desta natureza, foi criada a 19 de Outubro de 2007, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), por Despacho do Senhor Ministro da Saúde (Professor Doutor António Correia de Campos), com a finalidade de estudar e propor uma estratégia e as correspondentes medidas, de forma a promover o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 25832/2007).

A Missão da CNADCA incluía, entre outras medidas: identificação dos constrangimentos, físicos, de recursos humanos e de formação, que condicionariam o crescimento da CA; explicitação dos requisitos que as Unidades de CA deveriam respeitar em termos de instalações/arquitectura, equipamentos, condições de acesso e de organização clínica e administrativa; propostas de metodologias de formação profissional em CA; propostas de adequação dos sistemas de informação existentes, face às necessidades das Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA); análise dos modelos de financiamento e contratualização para a CA existentes no SNS, propondo soluções e medidas de incentivo à CA; selecção de indicadores que permitam a avaliação contínua da qualidade na CA; e o acompanhamento e monitorização de projectos de UCA, avaliando periodicamente a sua eficácia, eficiência e qualidade.

A CNADCA era composta por 37 elementos, funcionando em Plenário e através de um Núcleo Executivo que coordenou os trabalhos e operacionalizou as decisões do plenário. Na composição da Comissão, o Ministério da Saúde teve o cuidado de integrar elementos dos vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros e administradores hospitalares) e especialidades médicas, oriundos de hospitais de diferentes dimensões, estatuto jurídico e regiões do país, de forma a que a representatividade da realidade nacional estivesse assegurada.

A Comissão beneficiou ainda do apoio de um Grupo Técnico, constituído pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) nas vertentes da Contratualização e Financiamento, Sistemas de Informação, SIGIC e Gestão de Projectos e Instalações, e de um Conselho Consultivo com elementos representantes da Ordem dos Enfermeiros, Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e Associações de Utentes ('Plataforma Saúde em Diálogo').

Deve ser realçado o trabalho exemplar do Núcleo Executivo, o empenho de todo o Plenário e o apoio construtivo e activo do Grupo Técnico e do Conselho Consultivo. Foram realizadas 15 reuniões do Núcleo Executivo, reuniões parciais e conjuntas do Plenário e dos elementos do Grupo Técnico e Conselho Consultivo, que contaram sempre com



uma presença massiva dos seus elementos, para além da disponibilidade para as múltiplas deslocações a todo o país (o que significou, em media, um dia por semana dedicado à CA, durante estes 6 meses de actividade).

O eventual sucesso da CNADCA deve-se, sem qualquer margem para dúvidas, à vontade e motivação dos seus elementos, e ao empenho e dedicação de todos os profissionais que trabalham nas UCA distribuídas pelo país que, de uma forma anónima, mas demonstrando inequivocamente o compromisso assumido, garantirão a sustentabilidade deste processo.

Deve ainda ser sublinhado o trabalho desenvolvido pelos Serviços/Departamentos da ARSN-Norte, IP (nomeadamente o Departamento de Estudos e Planeamento, o Gabinete de Relações Públicas e a Unidade de Sistemas de Informação) e o apoio incondicional da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) em todo este processo, que fruto das iniciativas anteriormente desenvolvidas e da experiência e competência nesta área, foram fundamentais para o projecto.

Este processo encerrou em si mesmo, vários desafios, muitos deles culturais:

- Acabar com o indicador da ‘cama’ hospitalar como medida-padrão para avaliar a dimensão, complexidade e diferenciação hospitalar, seja por questões económicas, alocação de recursos humanos, formação ou outras (por exemplo, na atribuição da capacidade formativa, os Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos também deveriam alterar a metodologia, no que concerne à relevância que atribuem ao número de camas do serviço). A distinção e a importância de um serviço hospitalar já não se mede pelos metros quadrados que ocupa ou pelo número de camas que possui, mas pela quantidade, qualidade e diferenciação da sua produção, que o evidencia dos demais. *Alteração da filosofia hospitalar!*
- Perceber a evolução da medicina, e encarar sem restrições, a Cirurgia de Ambulatório como a cirurgia do futuro: no passado praticava-se a cirurgia convencional com internamento, por rotina, e tinha de se justificar a excepção, a escolha da abordagem ambulatória; no futuro próximo, a regra será praticar a cirurgia de ambulatório, e será necessário justificar quando se pretender internar um doente. *A inversão clínica do ónus!*
- Encarar a autonomia da UCA como factor imprescindível para o sucesso, com pessoal de enfermagem, administrativo e auxiliar próprios e pessoal médico dedicado. Perceber que os Enfermeiros são o ‘core’ dos programas de cirurgia de ambulatório (humanização, segurança, qualidade), daí a necessidade de uma selecção, profissionalização e motivação cuidadas. Separar, de forma transparente, as estruturas da cirurgia de ambulatório da cirurgia convencional, considerando que tal é crítico para o processo. Não basta praticar CA: se esta não for efectuada de acordo com a organização mais adequada, perdem-se muitos dos benefícios da sua realização, nomeadamente a maior rentabilização dos blocos e dos recursos humanos. *Uma oportunidade desperdiçada!*
- Instituir uma política de reconhecimento dos profissionais e das instituições. Criar de uma forma activa e sustentada, uma política de *empowerment* da CA: reconhecimento, estatuto, ‘benchmarking’ entre instituições. O reconhecimento pelos pares é fundamental: a valorização do ‘curriculum vitae’ em CA nos concursos das carreiras médicas, evidenciando que esta abordagem cirúrgica é realizada pela elite dos cirurgiões (maior experiência, destreza e responsabilidade). *A Grande Cirurgia dos ‘Grandes Cirurgiões’!*
- Centrar a medicina no utente: recentemente no 1º Congresso Ibérico de Medicina Interna/14º Congresso Nacional de Medicina Interna (Vilamoura, Março de 2008), um eminente Professor da Faculdade de Medicina do Porto, referia os grandes ‘Desafios aos actuais Sistemas de Saúde’: ‘maior envelhecimento da população; aumento das doenças crónicas; aumento da participação dos doentes; melhoria da segurança na prestação de cuidados; aumento da



mobilidade dos doentes; aumento do conhecimento biomédico; aumento dos custos dos cuidados de saúde'. Ora, se formos analisar estas questões, podemos verificar que a cirurgia de ambulatório constitui uma das relevantes respostas para estes problemas, isto é: a CA pode ser uma das principais soluções para muitos dos desafios do SNS.

– Por último, compreender que tecnicamente, na CA, nada é realmente novo ou diferente. *A palavra-chave para a mudança da realidade em Portugal passa pela Organização, que deve ser Multidisciplinar e Centrada no Utente!*

No entanto, é de sublinhar uma dinâmica no país: novos projectos estão a aparecer, numa aposta clara na construção/remodelação de unidades dedicadas à CA, sendo que mais de 30% das Instituições visitadas pela CNADCA, tinham inaugurado no último ano, estavam a construir ou a planejar construir uma UCA no próximo ano.

O mesmo tipo de cuidados se nota nos novos hospitais em fase de planeamento ou de construção, já com capacidades adequadas aos procedimentos cirúrgicos previstos:

NOVOS HOSPITAIS	NÚMERO DE SALAS DE BLOCO DEDICADAS À CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Novo Hospital Pediátrico de Coimbra	2 salas
Novo Hospital de Lamego	3 salas (hospital totalmente dedicado para a CA)
Novo Hospital de Amarante	3 salas (hospital totalmente dedicado para a CA)
Novo Hospital de Cascais	2 salas
Novo Hospital de Braga	3 salas
Novo Hospital de Vila Franca de Xira	3 salas
Novo Hospital de Loures	3 salas
Novo Hospital de Todos os Santos	5 salas
Novo Hospital Central do Algarve	3 salas
Novo Hospital da Póvoa de Varzim/Vila de Conde	2 salas
Novo Hospital de Vila Nova de Gaia/Espinho	6 salas
Novo Hospital da Guarda	2 salas
Novo Hospital de Fafe	3 salas
Novo Hospital de Barcelos	2 salas

Em termos de próximos desenvolvimentos dos trabalhos da Comissão, e de acordo com o Despacho n.º 25832/2007, a CNADCA ao entregar o Relatório Preliminar à Senhora Ministra da Saúde, dá por concluída a primeira fase dos seus trabalhos, sendo que o mesmo deveria posteriormente ser colocado à discussão pública.

Este Relatório Preliminar servirá de base para a realização de uma Conferência Nacional sobre a Cirurgia de Ambulatório. Realizada a Conferência Nacional e terminado o período de auscultação e discussão pública, a Comissão entregará o seu Relatório Final que incluirá recomendações ao Ministério da Saúde.

A Comissão deverá ainda apoiar a concepção de uma campanha mediática, que informe utentes e profissionais acerca dos benefícios da Cirurgia de Ambulatório, a ser lançada após a aprovação do relatório Final e que será suportada financeiramente pela ACSS. Nesse propósito, a CNADCA já iniciou a formulação desta estratégia e o desenho da respectiva campanha mediática.



O futuro da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, que se extinguirá com a realização da Conferência Nacional sobre a Cirurgia de Ambulatório e a elaboração da campanha mediática de promoção da CA, deveria evoluir para a criação de um Centro de Observação da Cirurgia de Ambulatório (COCA).

O objectivo era a constituição de um interlocutor representativo do sector, que possuísse uma estratégia de intervenção, realizando a colheita e análise de informação, permitindo um melhor conhecimento de aspectos particulares desta área da saúde em Portugal e que pudesse contribuir para uma melhoria da prestação de cuidados de saúde, enquadrando-se desta forma nos propósitos delineados na Circular Informativa da Direcção-Geral da Saúde n.º46/DSPCS.

A definição de Centro de Observação, como centro de trabalhos e estudos, que permite observar e analisar de forma crítica, continuada e sistemática a evolução dos indicadores do estado de saúde de uma população em geral ou orientada para um aspecto particular da saúde, reunindo investigadores e especialistas numa determinada temática com a finalidade de identificar e analisar realidades, contextos, factos e processos, encaixa-se perfeitamente nos objectivos pretendidos.

Era crucial acompanhar a implementação das medidas propostas, avaliar os resultados e reflectir sobre novas linhas de acção a considerar no futuro. Por outro lado, questões como a necessidade de revisão da própria definição da Cirurgia de Ambulatório (para terminar com a utilização dos 'K'), a avaliação contínua dos indicadores de qualidade, a assessoria na criação dos novos projectos de Unidades de Cirurgia de Ambulatório, a discussão com a Cardiologia sobre os procedimentos a incluir ou excluir na definição de CA, a criação de um sitio na internet (ligado ao Portal da Saúde) dedicado à CA (informação aos utentes, por exemplo sobre cuidados a ter e locais de realização; informação aos profissionais, sobre alguns dos indicadores de produção e qualidade das várias UCA; informação aos gestores sobre evoluções, tendências e boas-práticas), actividades de formação e discussão públicas (no sentido de esclarecer os utentes e motivar os profissionais), acompanhando a evolução da Cirurgia de Ambulatório internacionalmente, são algumas das áreas potenciais de intervenção desta estrutura. A constituição do Centro de Observação, em complemento com a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), pode constituir um factor crucial para que o trabalho desenvolvido e a dinâmica imposta não se perca com o tempo.

Outras acções que este Centro de Observação poderia desenvolver, de forma a manter na 'Agenda' de todos os intervenientes do sector as questões da CA passariam por:

- A instituição de um 'Dia Nacional (ou Internacional) da Cirurgia de Ambulatório' (que poderia ser o dia 19 de Outubro, data em que a CNADCA foi criada; ou a data de nascimento ou morte do cirurgião escocês James H. Nicoll no caso da proposta internacional) em que as Unidades de Cirurgia de Ambulatório do país pudessem parar a sua actividade e 'abrir-se' ao exterior, mostrando o trabalho desenvolvido e as condições de funcionamento, para que os Médicos de outras especialidades (nomeadamente de Medicina Geral e Familiar), os utentes, seus familiares e as Associações de Utentes, pudessem visitar as unidades e perceber as vantagens desta abordagem cirúrgica.
- A criação de um 'Prémio Anual' dedicado à Unidade de Cirurgia de Ambulatório que mais se tivesse distinguido nesse ano, de acordo com condições que um Júri nacional pudesse definir, e cujo galardão poderia ser entregue pela Senhora Ministra da Saúde, todos os anos, no 'Dia Nacional da Cirurgia de Ambulatório'.

Ainda muito trabalho falta fazer nesta área, mas com o percurso já efectuado e com a excelência dos profissionais que o país possui (o seu activo mais importante), existindo alinhamento da Visão e da Estratégia do Ministério da Saúde, estão reunidas as condições essenciais para desenvolver de forma profunda esta área.



Em termos de valores, verificou-se que em 2006 se fizeram em regime de ambulatório mais de um quarto das cirurgias programadas (27%), num total de 79.067 cirurgias, verificando-se um crescimento de 7,7% relativamente ao ano de 2005 (que teria sido de 22%, de acordo com a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório – 75.935 cirurgias).

Para 2009, e caso as medidas propostas sejam aprovadas, é possível que se consiga atingir a ‘mágica’ barreira dos 50% (metade das cirurgias programadas serem efectuadas em regime de ambulatório), o que constituiria um marco decisivo e um caminho irreversível na Política de Saúde em Portugal.

É com alguma esperança e muita confiança que a CNADCA coloca este ambicioso objectivo a curto prazo, com a certeza de que se os sinais e as políticas forem concertados tal pode ser perfeitamente exequível.

*A Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório*

*30 de Maio de 2008*



## SUMÁRIO EXECUTIVO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO  
DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (CNADCA)

A Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) foi criada com o objectivo de identificar os constrangimentos e propor medidas que, de uma forma sustentada, permitissem o crescimento da Cirurgia de Ambulatório (CA) para níveis semelhantes aos praticados nos outros países Europeus. Nesse sentido, o Núcleo Executivo da CNADCA, após a audição dos elementos do Plenário, definiu treze prioridades na sua actuação:

### 1. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

De forma a poder-se obter uma caracterização das actuais condições de realização da CA no país, os problemas identificados e as perspectivas de evolução e avaliar a produção no ano de 2006, a primeira tarefa da CNADCA consistiu na realização de um Inquérito a todas as Unidades de CA (UCA).

A ‘fotografia’ que se obteve, forneceu um registo claro da realidade, e objectivou muitos dos constrangimentos existentes, nomeadamente físicos, de recursos humanos e de formação, que condicionam o crescimento da CA.

O estudo incluiu todas as Instituições Hospitalares do país com actividade cirúrgica em 2006. Destas, somente cerca de 10% não apresentavam qualquer programa de CA em curso no Hospital. Contudo existia uma enorme heterogeneidade na forma de organização (programas autónomos com instalações próprias, completamente independentes; programas integrados, partilhando o bloco operatório e a UCPA do regime de internamento; programas mistos), não existindo em muitas delas circuitos próprios, bem definidos, na prestação dos cuidados de saúde a este tipo de doentes.

Em termos de valores, verificou-se que em 2006 se fizeram em regime de ambulatório mais de um quarto das cirurgias programadas (27%), num total de 79.067 cirurgias, verificando-se um crescimento de 7,7% relativamente ao ano de 2005.

Por outro lado, para além da quantidade de actos praticados, ou do local e forma da sua execução, notou-se uma lacuna importante na avaliação desta abordagem cirúrgica: relativamente poucas instituições utilizavam indicadores clínicos para medir a qualidade da prestação clínica, e que são fundamentais para o processo da melhoria contínua.

Os resultados justificaram plenamente a criação desta Comissão: o país continuava a efectuar, no ano de 2006, cerca de metade da taxa de CA que era efectuada nos outros países Europeus e possuía um défice na verificação de critérios considerados relevantes para uma adequada prática de CA.

Os principais constrangimentos que poderiam explicar estes resultados são vários: as instalações, já que a grande maioria dos hospitais do SNS não tem instalações especificamente desenhadas para esse efeito (hospitais construídos há muitos anos, não planeados para este modelo de prestação de cuidados); a escassez de recursos humanos (médicos anestesistas e algumas especialidades cirúrgicas); e económico-financeiros (existência de uma percepção generalizada de que a CA não é ressarcida de forma adequada pelo SNS).

### 2. A PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Para além da avaliação das respostas fornecidas por cada hospital, a CNADCA entendeu que deveria analisar a informação existente na ACSS e estudar a evolução dos principais indicadores em CA.

Foram analisados os anos de 2004-2006, tendo-se assistido a uma evolução positiva, ainda que lenta, da prática da CA, tendo a taxa de ambulatorização aumentado de 27% em 2004 para 30% em 2006. De notar que os valores referentes ao número de cirurgias realizadas em ambulatório resultam da aplicação dos critérios da ACSS, face à



informação registada nos sistemas de informação dos hospitais, não significando necessariamente que estejam integradas num programa específico de CA (daí as eventuais diferenças em relação aos valores do Inquérito Nacional da CNADCA).

Verifica-se também que são os hospitais centrais, aqueles que evidenciam uma taxa de ambulatório superior, e que são os Concelhios os que menos praticam a CA.

A partir da informação constante do SIGIC, é possível constatar que a CA apenas teria sido efectuada em 16% dos casos programados (ano de 2006), valor muito diferente do obtido pela ACSS e no Inquérito da CNADCA. Esta diferença de resultados, pode também ser evidenciada pela informação recolhida junto dos hospitais sobre as taxas moderadoras cobradas a doentes admitidos para CA, em que o número de registos é distinto de todos os outros dados. Isto é, o conceito de CA varia entre o Administrador Hospitalar (conceito económico-financeiro), o Médico/Enfermeiro (conceito clínico) e o Secretariado (conceito administrativo) da mesma instituição.

Daí que exista uma necessidade premente de estandardizar definições e de transformar os sistemas de informação, para que todos os interlocutores possam falar a mesma linguagem.

Considerando que a CA permite potenciar a utilização dos blocos operatórios é expectável que maiores taxas de ambulatório se repercutam em menores tempo de espera. Apesar de não existir evidência de relação linear entre os dois factores em estudo, observa-se que para valores extremos de taxa de ambulatório existe uma tendência de associação inversa com a mediana do tempo de espera (isto é, hospitais com taxas de ambulatório superiores têm medianas do tempo de espera mais reduzidas).

### 3. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA

A CNADCA estudou a questão da acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, nomeadamente a lista de espera cirúrgica, de forma a avaliar a dimensão deste problema e perceber a sua evolução ao longo dos anos, para se tentar perceber o impacto da CA nesta dinâmica e a sua potencialidade no futuro.

Verificou-se que o número de doentes inscritos para cirurgia reduziu nos últimos 2 anos (17%), mas mais relevante foi a redução do tempo de espera que diminuiu para metade (mediana de 8,6 meses a 31 de Dezembro de 2005 e que passou para 4,4 meses a 31 de Dezembro de 2007).

A CA, ao maximizar os tempos operatórios e ao incluir como procedimentos elegíveis as patologias mais prevalentes em lista de espera, pode constituir-se como um dos instrumentos mais importantes na redução da espera cirúrgica nos hospitais.

Se observarmos a listagem dos 10 procedimentos mais frequentes em lista de espera, constata-se que 8-9 são típicos da CA, isto é, podem ser resolvidos na maior parte dos casos em ambulatório, o que representa cerca de 50% da lista de espera actual.

### 4. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

De forma a podermos de forma transparente objectivar algumas das questões mais relevantes em CA, foi realizado um 'Estudo sobre Percepção e Satisfação com a Cirurgia de Ambulatório', que teve por objectivo conhecer a percepção e satisfação da utilidade e prática actual dos cuidados de saúde ao nível da CA, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), dos doentes intervencionados em CA e dos cidadãos, em geral.



Entre as conclusões que se podem retirar deste amplo e interessante estudo, sublinham-se algumas:

- Através de que meios ouviram os Cidadãos falar de CA?
  - Meios de comunicação social, em cerca de 44% dos casos
  - Familiares/amigos em 27% dos casos
  - Profissional de saúde em 22% dos casos.

Isto significa que para se promover a CA deveremos apostar na comunicação social (algo que tem sido efectuado pela CNADCA, ao longo das Visitas às Unidades; e pela realização de uma campanha destinada à sua promoção, a lançar após a aprovação deste relatório), nos profissionais de saúde (envolvendo especialmente os Médicos de Medicina Geral e Familiar) e nos utentes intervencionados (um utente satisfeito, será porventura a melhor publicidade para uma UCA).

- Quais as maiores vantagens para os Cidadãos da CA, em comparação com a cirurgia com internamento?
  - 47% o evitar o desconforto do internamento
  - 37% beneficiar do acompanhamento dos familiares
  - 21% conciliar a recuperação com a actividade familiar/profissional.

As vantagens evidenciadas, devem ser utilizadas na informação prestada ao utente, de forma a sensibilizá-los e motivá-los para esta abordagem.

- Qual o principal motivo que levaria o Cidadão a optar pela Cirurgia de Internamento?
  - 51% receio de ter complicações de saúde na recuperação
  - 15% não ter as mesmas condições em casa que no hospital.

Conhecendo-se os principais receios dos cidadãos, podemos intervir de forma activa, prevenindo-os. Deste modo, todas as atitudes conducentes a melhorar a sensação de segurança, a disponibilizar o apoio da Instituição, a contribuir para uma adequada humanização e suporte integral de cuidados, conduzirá à redução desta sensação de abandono quando o doente tem alta do hospital: uma informação adequada aos utentes e seus familiares, antes e depois do acto cirúrgico (verbal e escrita); disponibilidade da Visita à Unidade antes da cirurgia; disponibilidade de número de telefone directo de um dos membros da equipa, nas primeiras 24h; contacto telefónico pelo Enfermeiro no dia a seguir à cirurgia.

Existe necessidade de explicar aos utentes que o ambiente hospitalar, tradicionalmente considerado como o mais seguro, está definitivamente provado que contém inúmeros riscos, tais como erros dos profissionais de saúde e infecções nosocomiais. O ambiente familiar pode, em casos seleccionados, ser mais efectivo na recuperação.

Os aspectos relativos à informação, ao esclarecimento e ao acompanhamento são os mais decisivos na formação da opinião do utente.

A satisfação global dos utentes sobre todo o processo da CA foi considerada como 'Satisfeito/Muito Satisfeito' em mais de 95% dos casos, um valor muito significativo em inquéritos de saúde.

Este facto traduz-se na resposta dada pelos utentes intervencionados à pergunta: 'Se hoje passasse pela mesma situação, voltaria a optar por fazer a sua recuperação em casa?' – 88% dos utentes afirmaram que SIM.

Este último dado evidencia o grau elevado de satisfação dos utentes pela CA, que deve ser potencializado: a Cirurgia de Ambulatório passou a ser um direito dos utentes e um dever do SNS em a providenciar.



## 5. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Em virtude de um dos maiores constrangimentos identificados para a reduzida expressão da CA no país, serem as instalações, os hospitais têm apostado numa construção/requalificação das unidades de CA.

Deste modo, e porque o desenho adequado de uma UCA é indispensável para maximizar a produtividade, a eficiência e a eficácia da unidade, fazia todo o sentido propor, de acordo com o estado da arte, a sua forma de organização.

Uma unidade planeada a pensar nos fluxos dos utentes, dos profissionais e dos materiais necessários para os diferentes processos será uma unidade que proporcionará, no futuro, os meios que permitem minimizar tempos de espera, maximizar o aproveitamento dos tempos operatórios e permitir a concentração do tempo de trabalho dos profissionais nas tarefas que criam valor.

Das várias soluções possíveis, optou-se por uma UCA integrada num Hospital mas gerida de forma independente dos outros serviços, ainda que aproveitando as sinergias decorrentes de se situar num edifício hospitalar pré-existente, pelo que se pensa que pode ser o modelo mais utilizado no país.

Nesse sentido definiu-se um organigrama funcional, descrevendo os percursos dos utentes, acompanhantes, profissionais de saúde, limpos/esterilizados e sujos, descrevendo também as funções e conteúdos de cada um dos compartimentos nesta organização.

Estes esquemas foram depois traduzidos de forma profissional para projectos de arquitectura, com o apoio da Equipa da Arquitecta Sofia Coutinho, podendo desta forma serem utilizados pelos hospitais, nas reflexões que efectuem aquando da avaliação da construção/remodelação das suas UCA.

## 6. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

De forma a evidenciar de forma expressiva as vantagens, do ponto de vista puramente económico, da aposta na construção ou remodelação de UCA com uma organização dedicada, foi efectuado um estudo de viabilidade económica.

Pretendeu-se demonstrar aos Conselhos de Administração dos hospitais, Administrações Regionais de Saúde e à tutela, as mais valias que se poderiam obter nestes processos. Era crucial que na listagem de prioridades de investimentos das instituições fosse considerada esta área, demonstrando-se também que, para obter os benefícios esperados da CA seriam necessárias instalações dedicadas e construídas de acordo com o estado da arte.

Nesta análise foram considerados os custos com as instalações (construção ou remodelação), equipamento (geral e médico), recursos humanos (médicos -anestesiastas, cirurgiões; enfermeiros – bloco, recobros; administrativos, auxiliares), consumos, FSE, outros custos operacionais e amortizações, versus os proveitos que se poderiam obter com a produção.

A conclusão foi que, para qualquer um dos cenários estudados o projecto tem uma rentabilidade positiva e mereceria ser implementado. O período de recuperação do capital corresponderia ao 4º ano de funcionamento da UCA, sendo que o cenário sem pernoita é o mais vantajoso.



## 7. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO

Esta foi uma das áreas identificadas pela CNADCA como constituindo um dos principais constrangimentos ao desenvolvimento da CA. Era importante alterar esta situação, conseguindo de forma profunda privilegiar o seu financiamento, quando comparado com a cirurgia convencional com internamento, mas pela positiva: premiando quem opta por essa modalidade, em vez de penalizar quem mantém a opção da pela cirurgia convencional.

Na fase actual, a penalização poderia colocar numa situação de insustentabilidade financeira várias das instituições hospitalares. A CNADCA pensa que será necessário um período de 3 anos, para que os hospitais procedam às alterações internas necessárias, e que a partir desse momento a filosofia do financiamento se possa alterar, penalizando quem não opta pela CA, quando clinicamente aconselhável.

As propostas de alterações ao sistema de contratualização e financiamento da CA, incluíram medidas em várias áreas:

- Actualização da codificação de procedimentos para CA, de forma a que todos os que potencialmente que pudessem ser praticados neste tipo de abordagem o fossem efectivamente: a decisão de determinada cirurgia ser efectuada em Cirurgia de Ambulatório ou Cirurgia Convencional (com Internamento) deveria ser baseada apenas em questões de ordem clínica ou social e nunca em critérios administrativo-financeiros.
- Actualização do financiamento dos procedimentos efectuados em CA, de forma a estimular a substituição da cirurgia com internamento (pagamentos similares, mas custos substancialmente inferiores).
- Alteração à lotação cirúrgica dos hospitais, para estimular a sua redução gradual e tal tornar-se um instrumento da mudança.
- Peso da CA no contrato-programa, com crescimentos progressivos, à medida que os constrangimentos de ordem física ou financeira são reduzidos ou eliminados.

A teoria das propostas baseia-se na necessidade de criar uma dinâmica, entre os profissionais de saúde, estimulando a mudança e que se tal for suficientemente apelativo que crie essa transformação, tal tornar-se-á irreversível: isto é, propõe-se uma política activa de estímulos durante 3 anos, sendo expectável que após esse período estejamos num nível adequado e sem possibilidade de retorno.

## 8. TAXAS MODERADORAS

As taxas moderadoras, previstas na Lei de Bases da Saúde, têm como objectivo moderar a procura de cuidados de saúde. A Lei do Orçamento de Estado para 2007 veio criar, a partir de 1 de Abril de 2007, taxas moderadoras para a CA.

A aplicação de taxas moderadoras a este tipo de cirurgia, no valor correspondente a dois dias de internamento, pode ser contraproducente, num contexto que se pretende incentivador e dinamizador da CA.

A tentativa de tornar os utentes como agentes activos neste processo de mudança, actuando pelo estímulo na escolha da abordagem cirúrgica, baseado nas questões económicas, pode ter um papel relevante se englobado num conjunto vasto de medidas e reformas.

Por outro lado, a CA pode provocar alguma transferência de custos para os utentes, pelo que a CNADCA defende a redução em 50% das taxas moderadoras aplicadas à CA, correspondentes ao valor de 1 dia de internamento, de modo a criar um componente discriminatório positivo em relação à cirurgia convencional com internamento.



## 9. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Um dos objectivos da CNADCA era o delinear propostas que adequassem os sistemas de informação (SI) existentes às necessidades das UCA. Não era admissível que os dados não fossem similares, independentemente da entidade/fonte ou da óptica que esteja sob observação, ou seja, não era admissível que o número de CA variasse consoante a informação fosse recolhida via SIGIC, SONHO, SIAC, ou outro.

Da avaliação efectuada, resultou a convicção que, com pequenas adaptações seria possível, a curto prazo, tirar partido das aplicações SONHO/SAM/SAPE e SINUS/SAM/SAPE, sendo que a médio prazo, a CNADCA sugere a construção de uma nova 'ferramenta' ou a evolução das existentes, de modo a permitir um planeamento diferenciado, respondendo de forma cabal às necessidades específicas de uma UCA.

Algumas das medidas propostas incluem alterações na filosofia dos SI, de forma a que eles próprios constituam um instrumento da mudança, por exemplo:

- A diferenciação de forma clara e transparente, em todas as fases do processo, do que se considera Cirurgia de Ambulatório (com ou sem pernoita), Cirurgia Convencional (com internamento; seja este efectuado durante um período inferior ou superior a 24h) ou Pequena Cirurgia;
- A proposta cirúrgica deve identificar, desde logo, toda a informação necessária para viabilizar o registo, designadamente se o doente verifica os critérios sociais e clínicos para ser incluído num programa de CA;
- Existem patologias que, actualmente e face ao estado da arte em medicina, são preferencialmente realizadas a nível de ambulatório. Desta forma, propõe-se que o sistema as identifique e sugira, por defeito, a sua realização em CA;
- Criação de Indicadores de Qualidade, que sejam automaticamente extraídos do SI, de forma a poderem ser estandardizados e divulgados periodicamente.

## 10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Desde a sua constituição, a CNADCA tinha como meta principal o aumento da taxa de ambulatorização na cirurgia programada, mas desde que tal se acompanhasse de um rigoroso processo de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade e da avaliação de indicadores clínicos adequados.

Nesse sentido, são propostos indicadores, que se pretende que sejam extraídos de forma automática, comparáveis, disponíveis na internet, de forma a que todas as Instituições, profissionais e utentes possam facilmente conhecer e verificar a evolução de cada UCA ao longo do tempo.

A CNADCA também sugere a elaboração de um Manual da Qualidade, Inquéritos de Satisfação e, em articulação com o Instituto Português da Qualidade, a criação de uma Norma específica para a Certificação das UCA.

## 11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Um dos elementos de sucesso da CA, eventualmente o mais importante, pressupõe profissionais devidamente formados, treinados e motivados para este objectivo.

A CNADCA avaliou e identificou défices de formação, quer a nível pré-graduado (nas licenciaturas de Enfermagem e Medicina), quer pós-graduado (nomeadamente nos curricula dos internatos médicos) e mesmo entre os profissionais já com vários anos de prática, o que não será de estranhar em virtude do seu desenvolvimento ser recente.



A necessidade da CA ser explicada nos cursos, treinada nos seus vários aspectos durante os internatos e prevista com módulos específicos em locais devidamente credenciados, para profissionais que não tiveram contacto ou possuem dificuldades nesta área, constitui uma das mais fortes apostas para ultrapassar os constrangimentos detectados no país.

A necessidade de formação para outros grupos, como os Gestores/Administradores Hospitalares, Médicos de Medicina Geral e Familiar e até Associações de Utentes, foi também observada e tida como essencial neste processo de mudança.

## 12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES

A monitorização do registo das exposições dos utentes, relativas à CA, analisando as questões colocadas e efectuando comparações entre instituições ao longo do tempo, constitui um meio de avaliação contínuo da apreciação do utente em relação ao serviço prestado, permitindo também identificar áreas susceptíveis de intervenção no sentido de uma melhoria contínua.

Neste sentido, o Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, também designado 'Sim-Cidadão', constitui a base do processo e que a CNADCA pretende que seja adaptado a esta área.

## 13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS E COMUNICAÇÃO SOCIAL

As visitas às instituições hospitalares foi considerado como relevante no desenho da estratégia da CNADCA, e no final da primeira fase deste processo os resultados vieram demonstrar tratar-se de um importante instrumento para potenciar a dinamização interna e externa da CA.

Pretendeu-se conhecer as instituições, avaliar as estratégias dos conselhos de administração, comprometendo-os nas decisões, identificar os problemas mais importantes para os profissionais em cada hospital e em cada localidade, inteirar-se da forma e das condições da realização da CA, aprender com os casos de sucesso, as boas práticas e as soluções que foram implementadas, promover a discussão nas Instituições, motivando os profissionais para esta prática e estimulando o seu reconhecimento profissional e divulgar na comunidade as vantagens e a prática da CA, utilizando os meios de comunicação social.

No decurso deste processo, foram visitadas 37 instituições hospitalares (60% dos hospitais do país com actividade cirúrgica) e 44 unidades hospitalares, tendo estado presentes nas reuniões 510 membros dos conselhos de administração e profissionais dos hospitais. Deslocaram-se, para fazer reportagem, mais de 100 meios da comunicação social (jornais, rádios e televisões) e no decorrer desta saídas, os elementos do núcleo executivo da CNADCA efectuaram cerca de 7.250 km.

A Cirurgia de Ambulatório ganhou uma nova dimensão e foi considerada como um dos principais tópicos da agenda das instituições.



## RESUMO DAS MEDIDAS PROPOSTAS

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO  
DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (CNADCA)

RESUMO DAS MEDIDAS PROPOSTAS			
PRIORIDADES	MEDIDAS	PRAZO	RESPONSÁVEIS
01. Levantamento Nacional da Cirurgia de Ambulatório	1. Adopção imediata dos critérios básicos na organização de programas de Cirurgia de Ambulatório	1 ano	Hospitais
	2. Preparação para a adopção futura dos critérios desejáveis na organização de programas de Cirurgia de Ambulatório	1 a 3 anos	Hospitais
02. Produção da Cirurgia de Ambulatório	3. Existência de um registo claro e inequívoco de todos os actos de Cirurgia de Ambulatório, sustentado num sistema de informação apropriado	Ano de 2008	ACSS, SIGIC/UCGIC, Hospitais
03. O acesso a cuidados de saúde – a lista de espera para cirurgia	4. Os procedimentos elegíveis para ambulatório devem ser assinalados por defeito na proposta cirúrgica	Ano de 2008	ACSS, SIGIC/UCGIC, Hospitais
04. Estudo sobre a percepção e satisfação com a Cirurgia de Ambulatório	5. Ampliar a visibilidade da Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	Cuidados de Saúde Primários, Associações de Utentes, Ligas de Amigos dos Hospitais, Assistentes Sociais
	6. Reforçar a receptividade à Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	Hospitais, Centro de Observação da Cirurgia de Ambulatório
	7. Contrariar as desvantagens da Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	ACSS, Hospitais, Centro de Observação da Cirurgia de Ambulatório
	8. Melhorar a prática actual da Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	Hospitais
	9. Monitorizar o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	ACSS, Centro de Observação da Cirurgia de Ambulatório
05. Planeamento de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório	10. Adaptar ou construir de novo instalações para as UCA, de acordo com a metodologia proposta	1 a 3 anos	ACSS, Hospitais
06. Avaliação da viabilidade económica da construção / remodelação de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório	11. Criar parques de estacionamento para os utentes e acompanhantes	1 ano	Hospitais
	12. Constituir ambientes e tempos operatórios específicos para as cirurgias a crianças e adolescentes	1 ano	Hospitais



RESUMO DAS MEDIDAS PROPOSTAS			
PRIORIDADES	MEDIDAS	PRAZO	RESPONSÁVEIS
07. Contratualização e Financiamento	13. Definição de 'Preço em Ambulatório' na tabela de preços do SNS, a todos os GDH cirúrgicos cujo limiar inferior de internamento seja inferior a 5 dias	Ano de 2008	Hospitais
	14. Inclusão dos GDH médicos 316, 317, 369, 465 e 466 no âmbito da Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	ACSS, ARS, Hospitais
	15. Utilização de preço igual para internamento e ambulatório para todos os GDH cujo limiar inferior de internamento seja igual a 1 dia	Ano de 2008	ACSS, ARS, Hospitais
	16. Utilização do valor de 73,2% do preço do internamento para os GDH cujo limiar inferior de internamento seja superior a 1 e inferior a 5 dias	Ano de 2008	ACSS, ARS, Hospitais
	17. Definição do limiar inferior de Internamento de 1 dia, para todos os GDH em que exista preço para Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	ACSS, ARS, Hospitais
	18. Pagamento da produção cirúrgica de ambulatório marginal, nas mesmas condições da produção cirúrgica base	Ano de 2008	ACSS, ARS, Hospitais
	19. Utilização do valor do ICM do ano anterior, no âmbito da contratualização hospitalar	Ano de 2008	ACSS, ARS, Hospitais
	20. Redução da lotação cirúrgica dos hospitais, num valor médio de 5-10%/ano, durante 3 anos	Anos de 2009-11	ACSS, ARS, Hospitais
	21. Aumento do peso da Cirurgia de Ambulatório no total das cirurgias programadas, num valor médio de 15%/ano, durante 3 anos	Anos de 2009-11	ACSS, ARS, Hospitais
	22. Instituição de um prémio de 10% por cada GDH cirúrgico de ambulatório, durante um período de 3 anos	Anos de 2009-11	ACSS, ARS, Hospitais
08. Taxas Moderadoras	23. Redução de 50% nas taxas moderadoras aplicadas à Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2009	Ministério da Saúde



RESUMO DAS MEDIDAS PROPOSTAS			
PRIORIDADES	MEDIDAS	PRAZO	RESPONSÁVEIS
09. Sistemas de Informação	24. Impedir o SONHO de aceitar a CA como proveniência de um episódio de urgência	Ano de 2008	ACSS
	25. Criação, no SONHO, de uma sub-especialidade dedicada à Cirurgia de Ambulatório, para cada uma das especialidades cirúrgicas	Ano de 2008	ACSS
	26. Permissão na utilização das funcionalidades do módulo do bloco operatório da aplicação SONHO/SAM/SAPE, sem limites ou constrangimentos	Ano de 2008	ACSS
	27. No Módulo do Bloco Operatório do SONHO, considerar os tipos de cirurgia: Cirurgia Convencional (com alta $\geq$ 24 horas ou curto internamento com alta < 24 horas); Cirurgia de Ambulatório (com ou sem pernoita); Pequena Cirurgia	Ano de 2008	ACSS
	28. O pré-impresso da proposta cirúrgica deve identificar a informação necessária para viabilizar o registo, designadamente se o doente verifica os critérios sociais e clínicos para ser incluído num programa de Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	ACSS
	29. Efectuar no SONHO/SAM a parametrização dos códigos de ICD9 que são preferencialmente realizados a nível de ambulatório	Ano de 2008	ACSS
	30. O pré-impresso da proposta cirúrgica deve identificar a informação necessária para viabilizar o registo, designadamente centro de saúde, médico de família e acompanhante	Ano de 2008	ACSS
	31. A nível do agendamento, criar um atributo no SONHO/SAM que permita registar o resultado do episódio: Operado; Faltou; Internado; Sem Indicação Cirúrgica; Adiado	Ano de 2008	ACSS
	32. Inclusão no SAM (versão cuidados de saúde primários) e na Consulta a Tempo e Horas, a possibilidade do médico de família efectuar a referenciação sugerindo o regime de Cirurgia de Ambulatório	Ano de 2008	ACSS
	33. Criação de três níveis de estatísticas nos sistemas de informação: Nível Hospitalar, Nível Regional e Nível Nacional (Portal da Saúde)	Ano de 2008	ACSS
	34. Para o médio/longo prazo, construção de uma nova "ferramenta" ou evolução das existentes, com o objectivo de todo o processo ser desenhado especificamente para uma UCA	Ano de 2008	ACSS



RESUMO DAS MEDIDAS PROPOSTAS			
PRIORIDADES	MEDIDAS	PRAZO	RESPONSÁVEIS
10. A qualidade na Cirurgia de Ambulatório	35. Construção de Manuais da Qualidade	1 ano	Hospitais
	36. Realização de Inquéritos de Satisfação periódicos	Ano de 2008	Hospitais, Centro de Observação da Cirurgia de Ambulatório
	37. Acreditação / Certificação das UCA	1-3 anos	Grupo de Acreditação/ Certificação das UCA
11. A formação em Cirurgia de Ambulatório	38. Criação nos cursos de Medicina, Enfermagem e Administração Hospitalar, de pelo menos um módulo teórico e prático especificamente dedicado à CA	1-3 anos	Escolas Superiores de Saúde
	39. Inserção no plano curricular dos programas dos internatos de especialidade, da existência de um módulo de formação que confira aos profissionais a competência formal para o exercício da cirurgia em regime de ambulatório	1-3 anos	Ordem dos Médicos
	40. Desenvolvimento de programas, na área da formação contínua pós-graduada, para enfermeiros que trabalhem nas UCA	1-3 anos	Ordem dos Enfermeiros
	41. Implementação de acções de formação junto dos Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e de acções de divulgação que envolvam as Associações de Utentes	1-3 anos	Hospitais, ARS, Associações de Utentes, Ligas de Amigos de Hospitais, Assistentes Sociais
12. Sugestões e reclamações	42. Inclusão da Cirurgia de Ambulatório na lista dos Serviços no Sistema "SIM-CIDADÃO"	1 mês	Coordenação do "Sim-Cidadão" (ACSS ou DGS)
13. Monitorização do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório	43. Criação do Centro de Observação da Cirurgia de Ambulatório	1 ano	DGS
14. Promoção da Cirurgia de Ambulatório	44. Criação do 'Prémio Anual' dedicado à Unidade de Cirurgia de Ambulatório que mais se distinguiu nesse ano	1 ano	Centro de Observação da Cirurgia de Ambulatório
	45. Instituição do 'Dia Nacional da Cirurgia de Ambulatório' em que as Unidades suspendem as suas actividades e 'abrem-se' ao exterior, mostrando o trabalho desenvolvido e as condições de funcionamento	1 ano	Centro de Observação da Cirurgia de Ambulatório







COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 1.1. FUNDAMENTOS DA CRIAÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Segundo a International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), a Cirurgia de Ambulatório (CA) consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efectuada em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento, sem necessidade de pernoita hospitalar. Quando o doente tem necessidade de, no pós-operatório, ficar a primeira noite no hospital, tendo alta até 24 horas após a operação, passa então a designar-se por cirurgia ambulatória com pernoita hospitalar (ou seja, segundo a terminologia anglo-saxónica, 'ambulatory surgery with extended recovery') <sup>[1]</sup>.

Esta designação lata de CA em que a admissão e alta ocorrem no período máximo de 24 horas, é a que se encontra aprovada em Portugal pelo Conselho Superior de Estatística (CSE), encontrando-se diversos procedimentos cirúrgicos em regime de ambulatório tabelados pela Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, Diário da República, I Série-B <sup>[2]</sup>, alterada posteriormente pela Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro <sup>[3]</sup>, que define os preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos do artigo 23.º e do n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

A popularidade mundial da CA está associada a um conjunto significativo de vantagens <sup>[4,5]</sup>, das quais salientamos:

- a) Clínicas – baixa incidência de complicações, quer sejam decorrentes do ambiente em que os doentes se encontram (menor possibilidade de contraírem infecções de origem hospitalar, por menor contacto com outros doentes que possam ser portadores de infecções graves), quer sejam resultantes da própria operação (a recuperação mais rápida dos doentes evita que estes fiquem tempos prolongados retidos no seu leito, reduzindo a incidência de complicações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, etc);
- b) Organizativas – melhoria do acesso dos doentes à cirurgia, através da redução das listas de espera cirúrgica, sobretudo quando o programa se desenvolve em unidades de cirurgia ambulatória especialmente desenhadas para esse fim, facilitando o processo de agendamento e permitindo o aumento significativo da eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento;
- c) Sociais – permite uma mais rápida recuperação pós-operatória dos doentes com início mais precoce das suas actividades diárias, da vida familiar e da actividade profissional em comparação com os doentes que ficam internados, e uma menor alteração da vida quotidiana dos doentes em virtude de reduzir o tempo de afastamento destes do seu ambiente familiar e social, situações estas de maior importância nas faixas etárias da pediatria e da geriatria;
- d) Económicas – permite uma forte racionalização da despesa em saúde com uma correcta reorientação dos custos hospitalares, em especial quando em presença de elevados índices de substituição da cirurgia convencional, dita de internamento, pela CA;

A CA traduz-se, assim, por um modelo organizativo centrado no utente, que está associado a um significativo incremento da qualidade, com aumento da personalização e da humanização dos cuidados de saúde, sendo uma história de sucesso com mais de trinta anos de evolução nos países desenvolvidos.

Para este sucesso concorre uma complexa estrutura organizacional que permite a obtenção de resultados de excelência com elevados índices de satisfação de utentes e prestadores. A não existência dessa estrutura pode pôr em causa a qualidade clínica e todas as vantagens anteriormente enunciadas, pelo que, e conforme o estipulado nas alíneas a) e b) do ponto 2 do Despacho n.º 25 832, de 13 de Novembro de 2007, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (CNADCA) avaliou a prática da CA nos hospitais do SNS no que se refere à organização existente e à logística disponível para os diferentes programas cirúrgicos <sup>[6]</sup>. Pretendeu-se ainda identificar os actuais constrangimentos físicos, de recursos humanos e de formação, ou outros que condicionem o crescimento da CA, assim como identificar os procedimentos cirúrgicos que poderão ser efectuados em regime de ambulatório.



## 1.2. HISTÓRIA DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM PORTUGAL

Em Portugal, a prática da cirurgia em regime de ambulatório, tem uma história curta, remontando ao início da década de 90 quando algumas instituições hospitalares procuraram desenvolver programas organizados neste regime cirúrgico, e onde se destacaram os Hospitais Geral de Santo António, no Porto, e São Pedro, em Vila Real. A estes, outros se seguiram, muito embora a expressão nacional da CA não fosse superior a 5,5% no final do século, segundo dados obtidos através do I Inquérito Nacional Hospitalar sobre a actividade cirúrgica <sup>[7]</sup>.

Com relevo neste sector da actividade cirúrgica, foi a criação da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), em Setembro de 1998 <sup>[8]</sup>, associação sem fins lucrativos, que tem por objecto a formação, ensino e divulgação da cirurgia ambulatória assim como a defesa e promoção nos aspectos educacionais e de formação dos seus associados ([www.apca.com.pt](http://www.apca.com.pt)) <sup>[9]</sup>.

De salientar ainda a publicação desenvolvida pela Direcção-Geral da Saúde em Abril de 2000, onde se procurou de forma resumida estabelecer os princípios gerais e as recomendações para o desenvolvimento da CA em Portugal <sup>[10]</sup>.

Apesar do interesse da tutela e dos profissionais de saúde em desenvolver a prática da CA em Portugal e de terem sido tomadas medidas nesse sentido pelo ex-IGIF, não existiam instrumentos suficientemente incentivadores para esta prática, nomeadamente enquadramento legislativo de âmbito financeiro que motivasse de forma profunda a sua realização nos hospitais do SNS.

Ainda assim, a sua evolução tem sido interessante, como pode ser constatada no Gráfico 1, através dos resultados dos inquéritos nacionais hospitalares realizados pela APCA, representando, em 2005, a CA, 22% de toda a cirurgia

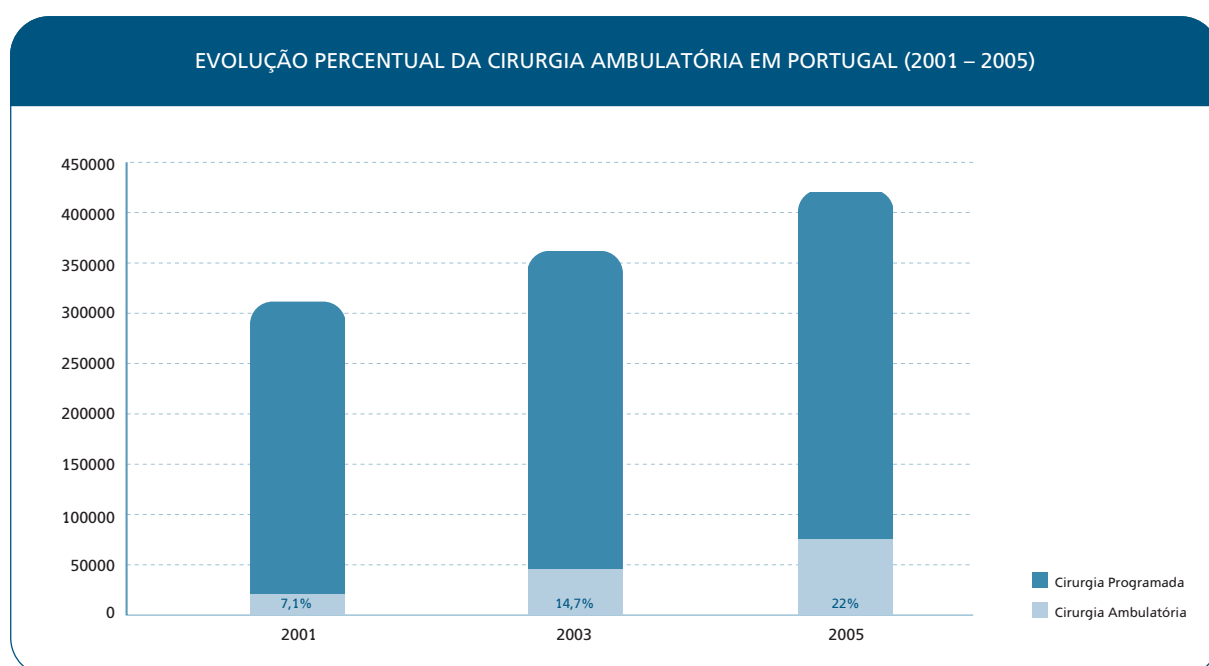


GRÁFICO 1



programada nacional, isto é 75.935 cirurgias efectuadas em regime de ambulatório num universo de 344.656 cirurgias programadas (grande e média cirurgia) <sup>[11]</sup>.

Porém, mais que analisar os resultados globais da CA importa avaliar com rigor a evolução de diferentes tipos de procedimentos, já que, na apresentação daqueles, é possível misturar um conjunto indiscriminado de cirurgias, incluindo a 'pequena cirurgia', que deve ter um enquadramento e atenção diferentes, tornando difícil a percepção e evolução comparativa da prática da CA. Assim, quando se procura identificar a evolução dum conjunto representativo de intervenções cirúrgicas em regime de ambulatório, verificamos que, em Portugal, tem havido uma preocupação crescente na transferência de cirurgias convencionais, ditas de internamento, para o âmbito do ambulatório (Gráfico 2) <sup>[12]</sup>. Neste gráfico, observa-se, claramente, que existiam pelo menos já quatro procedimentos cirúrgicos a serem realizados em regime de ambulatório em cerca de metade dos casos (cirurgia de catarata, estrabismo, túnel cárpico e circuncisão). O único procedimento que teve quebras percentuais foi o da cirurgia de varizes, que passou de 13,3% em 2003 para 11,9% em 2005.

EVOLUÇÃO PERCENTUAL DE DIFERENTES TIPOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS EM REGIME DE AMBULATÓRIO EM PORTUGAL (2001 – 2005)

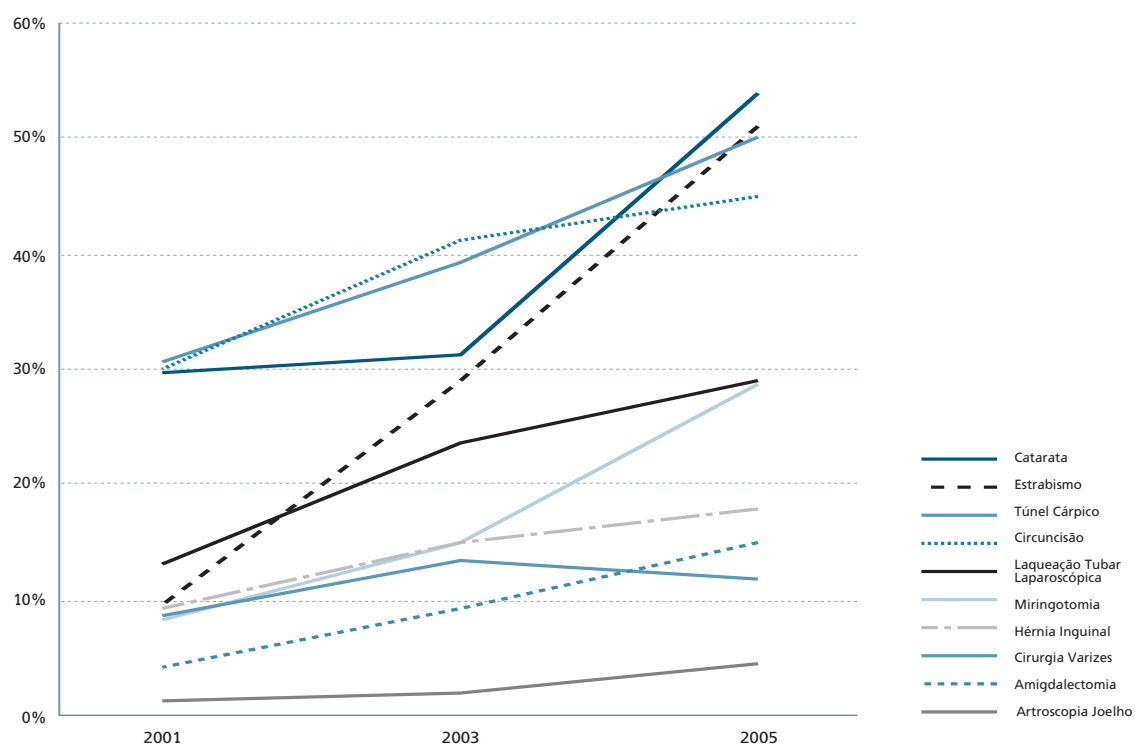
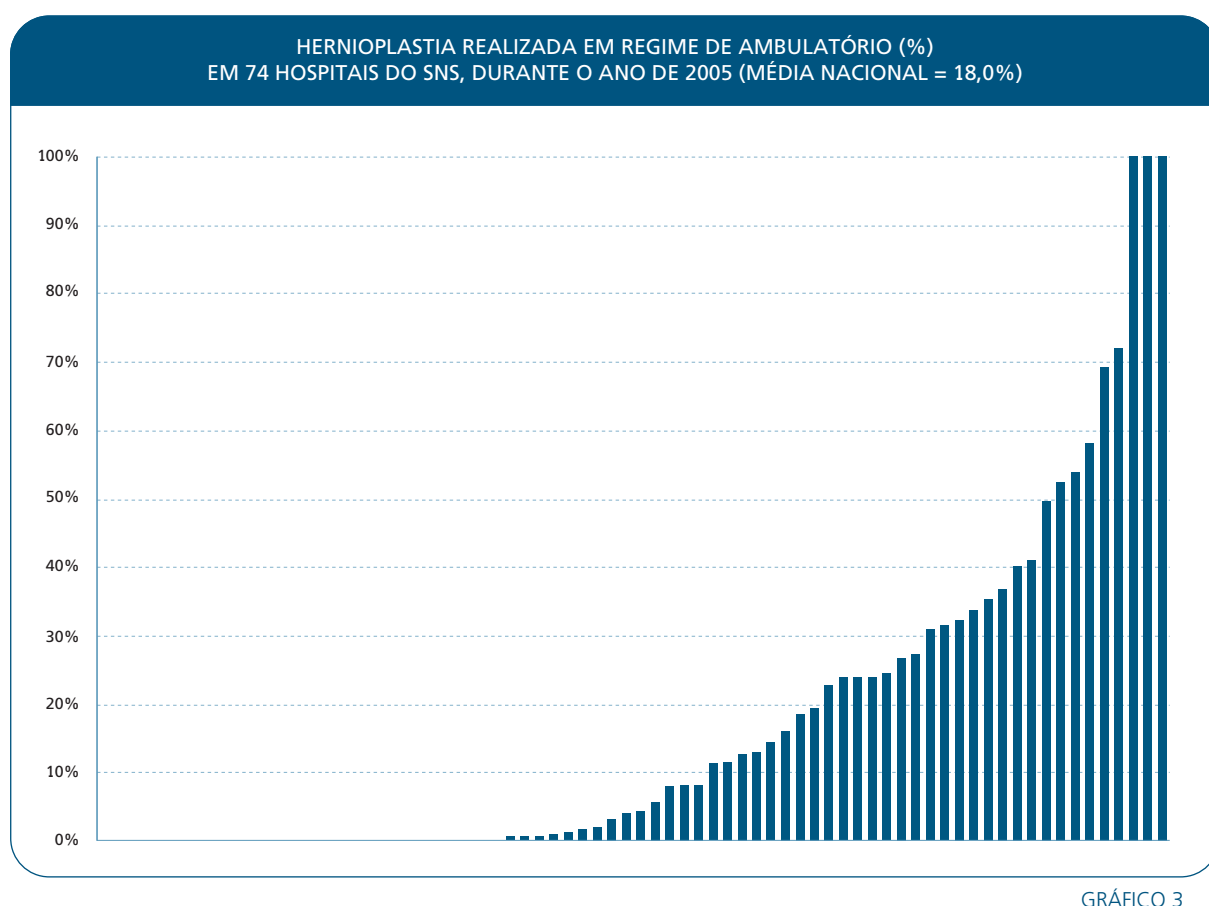


GRÁFICO 2



Devemos, no entanto, ter em atenção que existe um enorme potencial de crescimento nos hospitais do SNS, já que, exemplificando com a cirurgia de hérnia inguinal (um dos procedimentos mais emblemáticos da prática da CA, e um dos mais prevalentes em termos de produção cirúrgica nacional – cerca de 18.000 cirurgias/ano), se pode verificar que em pouco menos de metade dos hospitais do SNS, ainda não é submetido qualquer doente a uma intervenção cirúrgica em regime de ambulatório (Gráfico 3).



### 1.3. HISTÓRIA DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO ESTRANGEIRO

Apesar de haver referências à prática da CA no início do século XX com o trabalho desenvolvido por James Nicoll (1864-1921) no Sick Children's Hospital and Dispensary em Glasgow, Escócia<sup>[13]</sup>, só a partir da década de 70 é que a CA começou a ter expressão com a abertura de unidades de cirurgia ambulatória (UCAs) em número crescente, em especial nos Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e Austrália<sup>[5]</sup>. Vários estudos nacionais foram posteriormente publicados em diversos países, muitos deles procurando avaliar a qualidade, o custo-efectividade, a segurança, a implementação e a organização da CA<sup>[14-19]</sup>, ajudando ao crescimento exponencial da CA em todo o mundo, mais sentido naturalmente nas zonas do globo mais desenvolvidas: América do Norte, Europa e Austrália.



Pode dizer-se que, na actualidade <sup>[20]</sup>, a cirurgia ambulatória representa, em muitos países, mais de metade dos doentes operados em cirurgia programada: Estados Unidos da América (mais de 20 milhões de doentes operados em 4.618 centros de cirurgia ambulatório durante o ano de 2005, o que terá resultado na realização de mais de 75% de toda a cirurgia programada em regime de ambulatório), Suécia (70%), Canadá (65%), Noruega (61%), Dinamarca (61%), Reino Unido (60%), e Holanda (58%). Outros países encontram-se bem perto desse objectivo: Itália (49%), Finlândia (47%), Austrália (47%) ou Bélgica (43%). Contudo, todos, talvez com excepção dos norte-americanos que parecem ter atingido níveis perto do máximo possível de realização em regime de ambulatório, consideram ter ainda terreno para evoluir, tudo fazendo para ampliar ainda mais esta prática cirúrgica, sobretudo fazendo-a chegar a hospitais onde a CA, por quaisquer que sejam os motivos, ainda não se encontra bem desenvolvida.

HERNIOPLASTIA REALIZADA EM REGIME DE AMBULATÓRIO (%) EM VÁRIOS PAÍSES, DURANTE O ANO DE 2005

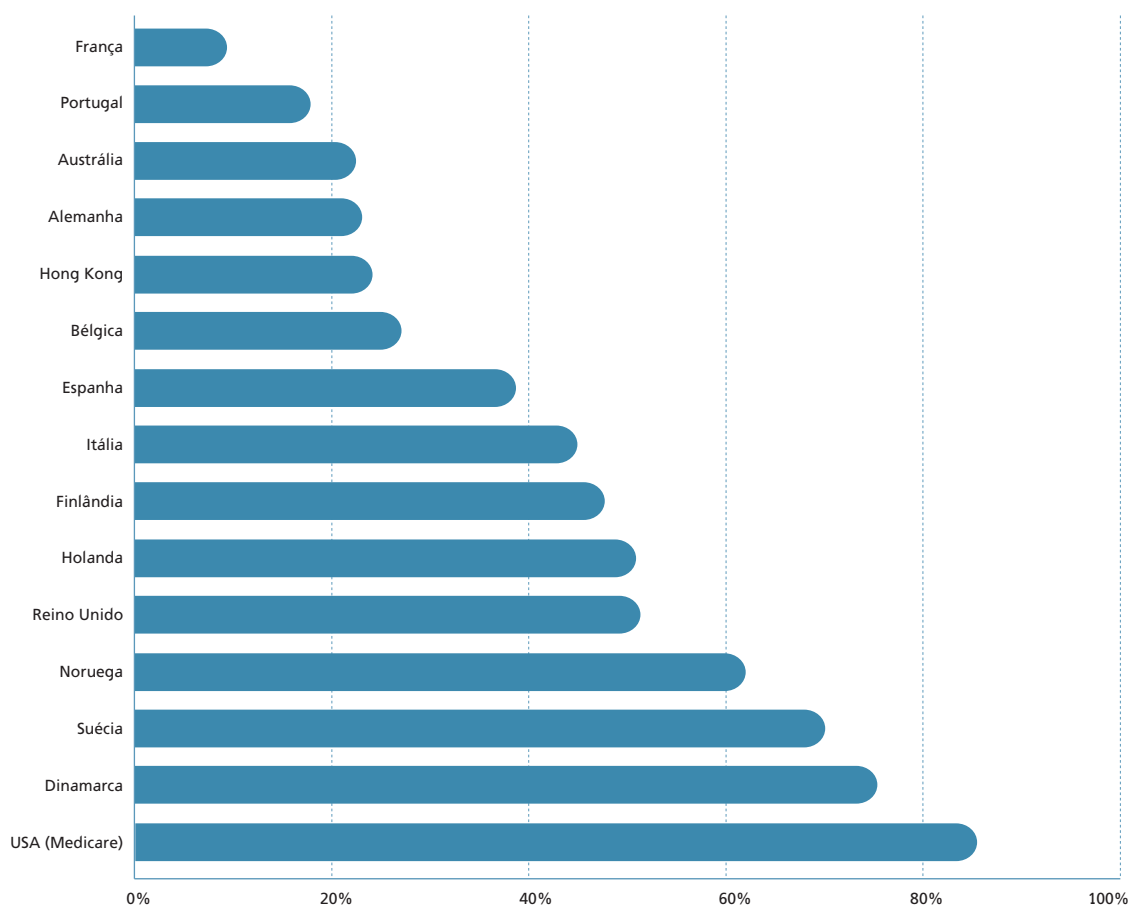


GRÁFICO 4



A expressão global dá-nos uma ideia sobre a dimensão da prática nacional no âmbito da CA. Contudo, só podemos fazer alguns comentários quando comparamos a taxa de execução dum mesmo procedimento. No Gráfico 4, compararam-se a realização, em termos percentuais, da hernioplastia em regime de ambulatório, entre vários países. Reconhece-se facilmente que Portugal (18,0%) se encontra num dos últimos lugares, apesar da nossa diferença para os quatro países que nos precedem ser pouco significativa. Já a expressão em França (9,4%) nos parece na verdade muito baixa, especialmente quando se trata dum dos países mais desenvolvidos.

Outro exemplo, pode ser encontrado no Gráfico 5, relativo à produção de cataratas em regime de ambulatório.

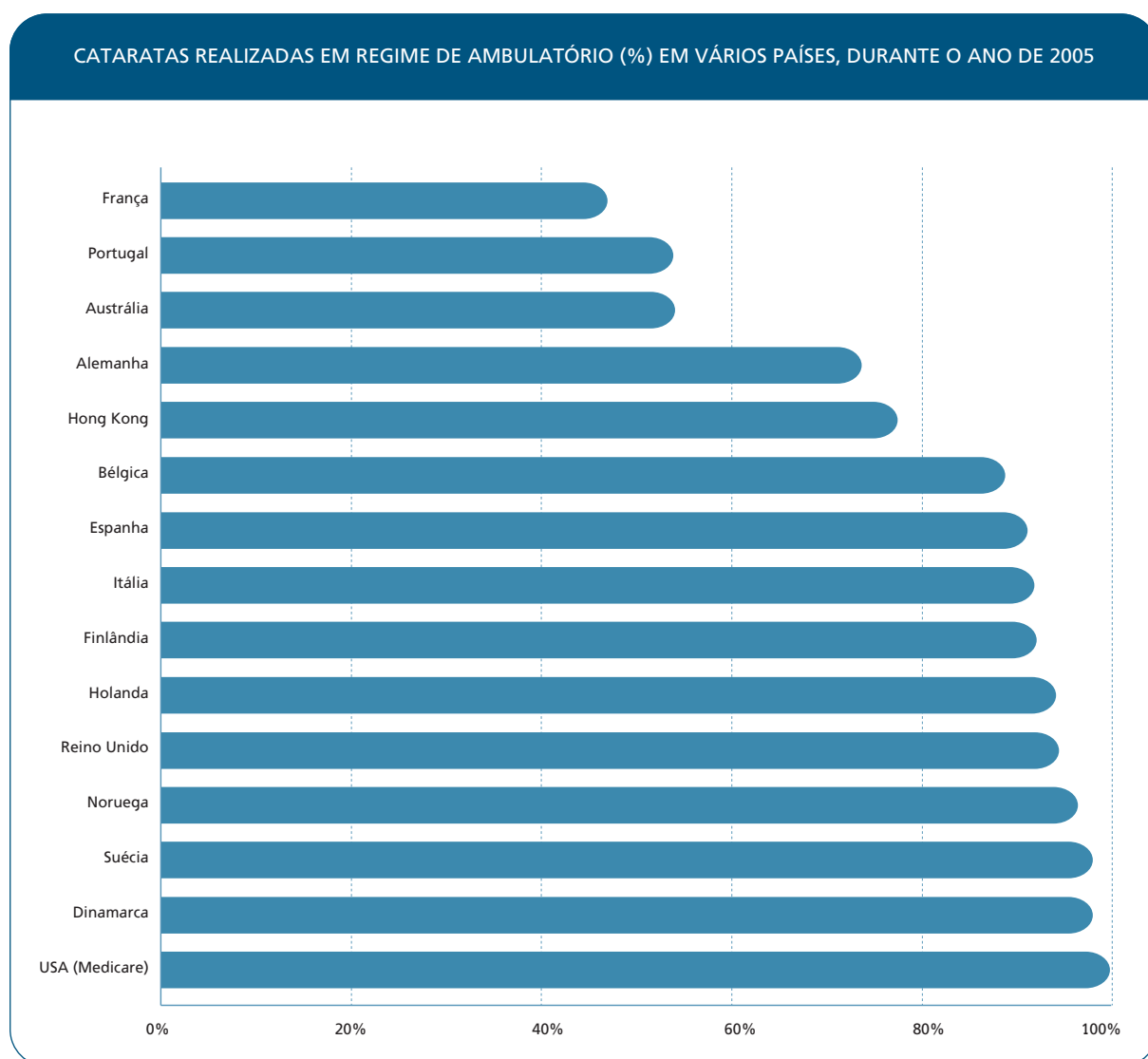


GRÁFICO 5



Pode verificar-se que 10 dos 16 países incluídos no inquérito mundial da International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) <sup>[20]</sup>, apresentam valores próximos ou superiores a 90% de cataratas realizadas em regime de ambulatório. Aliás, os Estados Unidos da América apenas se permitem fazer em regime de internamento, 0,2% de todas os doentes submetidos a cirurgia de catarata. Portugal (53,9%) volta a estar muito próximo da França (54,1%), relegando desta vez para último lugar, Hong Kong (47,0%). Contudo, como atesta o Gráfico 5, Portugal tem um longo percurso a percorrer para que se aproxime dos níveis de produção dos restantes países.

## 1.4. INQUÉRITO NACIONAL, DESENVOLVIDO PELA CNADCA

### 1.4.1 Organização dos programas de CA nos hospitais do SNS

O levantamento nacional sobre a prática da CA nos Hospitais do SNS, realizado pela CNADCA em Novembro de 2007, e que incidiu sobre a produção cirúrgica de 2006, incluiu 61 Instituições Hospitalares, não tendo sido possível obter resposta apenas de uma. Destas, somente 6 (9,8%) não apresentam qualquer programa de CA em curso no Hospital. Das restantes, 13 (21,3%) têm programas autónomos (instalações próprias, completamente independentes), 27 (44,3%) programas integrados (partilhando o bloco operatório e a UCPA do regime de internamento), e 15 (24,6%) programas mistos (incluem dois ou mais programas, com os modelos anteriormente descritos). A constituição dum circuito próprio, bem definido, na prestação dos cuidados de saúde deste tipo de doentes, passa por uma área de admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos, sala de recobro e finalmente alta. No entanto, apenas 36 das 55 instituições (65,5%) que apresentam programas de CA referem um circuito bem estabelecido de acordo com o descrito, e apenas 24 (43,6%) assume que se encontra bem definido em todas as situações.

A existência de profissionais exclusivamente dedicados a este tipo de programas regista-se com maior incidência com o pessoal de enfermagem e auxiliares de acção médica (43,6%), e administrativos (41,8%). O pessoal médico, apenas em situações pontuais, se encontra exclusivamente envolvido: anestesistas (9,1%) e cirurgiões (5,5%).

A existência de protocolos clínicos reporta-se sobretudo ao estabelecimento dos critérios de alta (61,8%), critérios de selecção de doentes (61,8%) e à avaliação pré-operatória com algoritmos para a determinação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica (60,0%). Menos frequentemente se encontram definidas normas de orientação para analgesia pós-operatória (43,6%) ou para prevenção de náuseas e vómitos pós-operatórios (36,4%).

A informação clínica é outra das características fundamentais dos programas de CA, dando-se grande relevo a uma informação cuidada, esclarecedora que envolva doentes e familiares num programa que exige a sua co-responsabilização. Esta informação, para além de ser transmitida oralmente em diversos momentos, quer a anteceder a cirurgia, quer depois daquela, deve ser fornecida por escrito, para que o doente não esqueça importantes acções na preparação pré-operatória ou desvalorize sinais ou sintomas no pós-operatório que possam ser relevantes. Dos resultados obtidos, pode dizer-se que 63,6% dos programas instituídos entrega documentação escrita aquando da selecção dos doentes para programas de CA, enquanto em 76,4% dos casos, são entregues documentos escritos com instruções específicas para o pós-operatório.

Os indicadores clínicos são normas, critérios ou instrumentos qualitativos e quantitativos utilizados para medir a qualidade dos cuidados de saúde. São assim fundamentais para a avaliação da qualidade da prestação dos cuidados, devendo ser objecto de análise sistemática e continuada. A sua inclusão nos programas de CA traduz naturalmente a preocupação com que os seus responsáveis olham para a qualidade na prestação clínica. Foram cinco os indicadores clínicos analisados pelo presente inquérito (Quadro 1), mostrando que é ainda uma área em que poucos apostam, para avaliar a qualidade do seu trabalho.



## UTILIZAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS (N = 55)

Indicadores Clínicos analisados	Hospitais	
	N.º	%
1. Taxa de cancelamento da cirurgia [n.º de doentes marcados mas que não são operados / n.º total de doentes marcados]	25	45,5
2. Taxa de admissão hospitalar [n.º de doentes que ficam internados, sem alta / n.º total de doentes operados]	22	40,0
3. Taxa de reintervenção cirúrgica no mesmo dia da operação [n.º de doentes que são de novo operados no dia da cirurgia / n.º total de doentes operados]	17	30,9
4. Taxa de readmissão hospitalar até aos 30 dias de pós-operatório [n.º de doentes que regressam ao Hospital e ficam internados / n.º total de doentes operados]	15	27,3
5. Taxa de retoma da actividade profissional ao fim de 30 dias de pós-operatório [n.º de doentes a trabalhar ao fim de 30 dias de pós-operatório / n.º total de doentes operados]	7	12,7

QUADRO 1

Existem procedimentos de apoio no pós-operatório, alguns deles obrigatórios na organização da CA, designadamente a disponibilidade de contacto telefónico e o contacto telefónico às 24 horas de pós-operatório, que são fundamentais para garantir a segurança, a prestação continuada dos cuidados, a confiança dos doentes assim como o seu grau de satisfação neste modelo organizativo (Quadro 2).

## UTILIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE APOIO AO PÓS-OPERATÓRIO (N = 55)

Procedimentos de apoio ao pós-operatório	Hospitais	
	N.º	%
1. Disponibilidade de contacto telefónico dum membro da equipa [não chega referência ao serviço de urgência do hospital]	34	61,8
2. Contacto telefónico ao doente às 24 horas de pós-operatório [para avaliação da situação clínica e esclarecimento de dúvidas]	33	60,0
3. Inquérito de satisfação anónimo ao doente	21	38,2
4. Visita domiciliária ao doente no pós-operatório, efectuada por enfermeiro	7	12,7

QUADRO 2



#### 1.4.2. Logística disponível para os diferentes programas de CA

Quando se procura avaliar a independência dos circuitos de ambulatório daqueles utilizados por doentes internados, verificamos que esta exclusividade que deveria sempre existir, mesmo nos modelos integrados para as áreas de acolhimento e de recuperação pós-operatória, acontece apenas em 47,3% e 61,8% dos casos, respectivamente. As instalações de bloco operatório também só são exclusivas dos programas de CA em 45,5%.

Os programas de CA, mesmo em modelos integrados, funcionam com maior eficiência e superior qualidade quando na programação cirúrgica dos blocos operatórios existem tempos atribuídos exclusivamente aos programas de ambulatório. No nosso inquérito podemos concluir que esta situação ocorre em 85,5% dos hospitais que têm programas de CA.

Quando inquiridos sobre o grau de prioridade para a construção de infra-estruturas destinadas à prática da CA, 50,0% dos hospitais refere o carácter de urgência (definida como um tempo inferior a 2 anos), e 18,3% dos hospitais aponta para um período entre 2 a 5 anos para a necessidade da sua concretização.

#### 1.4.3. Actuais constrangimentos para o desenvolvimento da CA

Do levantamento nacional realizado sobre os Hospitais do SNS, chegamos à conclusão de que apenas 5 Hospitais (8,3%) não sofriam de qualquer tipo de constrangimento para o desenvolvimento da CA. Curiosamente, a totalidade dos hospitais da Região Norte e Alentejo, apresentam algum tipo de constrangimento, como pode ser constatado no Quadro 3. As principais causas parecem estar relacionadas com as instalações (68,3%), já que a grande maioria dos Hospitais do SNS não tem instalações especificamente desenhadas para esse efeito. Os hospitais construídos no final da década de 90 e na actual, detêm instalações próprias destinadas a esta prática cirúrgica com circuitos definidos para o correcto encaminhamento de doentes e familiares, embora, por vezes, com sentidas deficiências, sobretudo ao nível do dimensionamento da área de recuperação pós-operatória. Alguns hospitais procuraram fazer adaptações de forma a poderem desenvolver este tipo de programas cirúrgicos, com alguma eficiência. Contudo, rapidamente se

CAUSAS DE CONSTRANGIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CA (N = 60)						
Causas de constrangimento	ARS Norte (n=17)	ARS Centro (n=17)	ARS LVT (n=21)	ARS Alentejo (n=3)	ARS Algarve (n=2)	TOTAL (n=60)
1. Instalações	12	13	13	3	0	41 (68,3%)
1.1. Desadequadas	8	9	10	1	0	28 (46,7%)
1.2. Inexistentes	4	4	3	2	0	13 (21,7%)
2. Equipamento médico-cirúrgico	2	6	3	0	0	11 (18,3%)
3. Recursos Humanos	8	9	9	0	1	27 (45,0%)
3.1. Cirurgiões	3	5	8	0	0	16 (26,7%)
3.2. Anestesiastas	8	7	9	0	1	25 (41,7%)
3.3. Enfermeiros	4	3	7	0	0	14 (23,3%)
<b>Total Hospitais c/ constrangimentos</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>55 (91,7%)</b>

QUADRO 3



aperceberam que essas adaptações carecem de uma re-estruturação mais profunda, assinalando no inquérito, na sua maioria, terem instalações desadequadas para esse fim. Os recursos humanos, parecem ser outra das causas importantes e que estão na génese da impossibilidade do desenvolvimento deste tipo de programas cirúrgicos (45,0%). Na sua maioria, por défice de médicos anestesiologistas (41,7%), muito embora os profissionais, quer de enfermagem quer médicos cirurgiões, pareçam ter um peso não insignificante. O equipamento médico-cirúrgico não parece ser uma causa importante de constrangimento ao desenvolvimento da CA. É referida apenas em 11 hospitais (18,3%).

Por último, e pela positiva, é de salientar que os Hospitais do Alentejo não referem constrangimentos com os recursos humanos, enquanto os Hospitais do Algarve consideram ter instalações adequadas para a prática da CA.

#### 1.4.4. Identificação da evolução e do grau de realização actual da CA no SNS

Em Novembro de 2007, a CNADCA solicitou a todos os Hospitais do SNS que divulgassem a sua produção cirúrgica relativa ao ano de 2006, com informação detalhada por procedimento e regime cirúrgico. Os resultados obtidos são os que constam do Quadro 4, não tendo sido possível obter resultados de 4 Instituições.

COMPARAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA CA EM PORTUGAL ENTRE 2005 E 2006 (N=55)				
Produção cirúrgica não urgente	2005 (APCA)		2006 (CNADCA)	
	N.º	%	N.º	%
Cirurgias realizadas em regime de ambulatório	72.034	22,7	76.482	27,0
Cirurgias realizadas em regime de internamento	245.326	—	206.402	—
<b>Total de produção cirúrgica não urgente</b>	<b>317.360</b>	<b>—</b>	<b>282.884</b>	<b>—</b>

QUADRO 4

O quadro anterior é apenas representativo de 55 hospitais, aqueles que devolveram a informação casuística da sua produção cirúrgica. Pretendendo uma visão mais nacional da prática da CA, sobretudo por se considerar terem ficado de fora algumas instituições com assinalável actividade cirúrgica, utilizamos como fonte complementar de informação, dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), referentes aos hospitais em falta. Assim, obteve-se o Quadro 5, que espelha melhor a evolução da prática da CA em Portugal.

COMPARAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA CA EM PORTUGAL ENTRE 2005 E 2006 (N=59)				
Produção cirúrgica não urgente	2005 (APCA)		2006 (CNADCA)	
	N.º	%	N.º	%
Cirurgias realizadas em regime de ambulatório	73.390	22,5	79.067	27,2
Cirurgias realizadas em regime de internamento	252.248	—	211.826	—
<b>Total de produção cirúrgica não urgente</b>	<b>325.638</b>	<b>—</b>	<b>290.893</b>	<b>—</b>

QUADRO 5



Assim, conclui-se que em 2006 se fizeram em regime de ambulatório mais de um quarto das cirurgias programadas, num total de 79.067 cirurgias. Relativamente ao ano de 2005, verificou-se um crescimento de 7,7%.

Curiosamente o desenvolvimento da CA tem-se feito de forma homogénea, um pouco por todo o país, como podemos ver no Quadro 6 a evolução registada por Regiões de Saúde entre 2005 e 2006, destacando-se ligeiramente a Região do Norte, em 2006.

COMPARAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA CA EM PORTUGAL ENTRE 2005 E 2006, POR REGIÕES DE SAÚDE (N=59)						
Regiões de Saúde	CA (n.º)	2005 (APCA)		CA (n.º)	2006 (CNADCA)	
		Total (n.º)	% CA		Total (n.º)	% CA
ARS Norte	26.877	117.420	22,89	29.962	102.669	29,18%
ARS Centro	15.826	76.163	20,78	18.954	63.994	26,49%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	27.133	112.978	24,02	27.741	105.525	26,29%
ARS Alentejo	2.114	10.597	19,95	2.035	9.262	21,97%
ARS Algarve	1.440	8.480	16,98	2.375	9.443	25,15%
<b>Total</b>	<b>73.390</b>	<b>325.638</b>	<b>22,54</b>	<b>79.067</b>	<b>290.893</b>	<b>27,18%</b>

QUADRO 6

Contudo, a melhor forma de monitorizarmos a evolução da prática da CA no país, será compararmos a percentagem de realização dos procedimentos mais frequentemente realizados neste regime cirúrgico. Assim, como podemos verificar no Quadro 7, a maioria dos 10 procedimentos aí listados tiveram uma evolução positiva em apenas um ano. Salienta-se de forma especial a cirurgia de catarata, a circuncisão, a descompressão do túnel cárpico e a miringotomia, procedimentos que tiveram aumentos superiores ou próximos dos 10%, em relação a 2005.

COMPARAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA CA EM PORTUGAL (2001 – 2006), POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO				
Procedimento cirúrgico	Inquéritos Nacionais (APCA)			Inquéritos Nacionais (CNADCA)
	2001 (%)	2003 (%)	2005 (%)	2006 (%)
Cirurgia catarata	29,6	31,3	53,9	63,4
Circuncisão	29,9	41,1	45,1	59,4
Túnel cárpico	30,6	39,3	50,0	58,1
Cirurgia de estrabismo	9,5	28,9	51,0	49,5
Miringotomia	8,5	14,9	28,6	35,8
Laqueação tubar laparosc	13,1	23,5	28,9	26,4
Hérnia inguinal	9,3	14,9	18,0	21,6
Amigdalectomia	4,2	9,3	14,9	19,6
Cirurgia de varizes	8,7	13,3	11,9	15,3
Artroscopia do joelho	1,2	1,9	4,4	6,3

QUADRO 7



## 1.5. ALGUMAS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A MELHORIA DA PRÁTICA DA CA

Verificamos ter tido a prática da CA em Portugal uma evolução positiva, apesar de faltarem alguns instrumentos políticos verdadeiramente promotores da sua prática. Contudo, sente-se ainda que o conceito de CA não passa em alguns casos duma actividade que se distingue da cirurgia convencional, dita de internamento, apenas pelo menor tempo de estadia hospitalar, com profundas deficiências do ponto de vista organizativo, clínico e ao nível da informação a doentes e familiares. Na verdade, o carácter inovador da CA reside exclusivamente no modelo organizativo, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do de internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação de doentes e familiares.

Para que se obtenham resultados práticos do descrito, recomenda-se a adopção de determinados princípios designados neste documento por critérios básicos na organização de programas de CA:

**A1 – Circuito de doentes** bem estabelecido segundo a boa praxis, com uma sequência que passa pela admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos – UCPA (recobro 1), sala de recuperação cirúrgica (recobro 2) até ao momento da alta hospitalar. No modelo integrado aceita-se naturalmente que a sala operatória e a UCPA sejam espaços partilhados por doentes intervencionados em regime de internamento. Contudo, os restantes espaços devem também, neste modelo, ser independentes das áreas utilizadas por doentes internados. No modelo autónomo, todo o circuito é independente.

**A2 – Ao nível da organização hospitalar**, recomenda-se a inclusão no organigrama da instituição duma estrutura destinada ao programa de CA, no mínimo com a dimensão duma Unidade Funcional, com Coordenador/Director nomeado pelo Conselho de Administração. Recomenda-se ainda a atribuição de tempos operatórios exclusivos do programa de CA, sobretudo quando da partilha do bloco operatório por programas cirúrgicos de internamento, de forma a separar com maior eficácia os diferentes programas.

**A3 – Estabelecimento de protocolos clínicos** relativamente à selecção de doentes a admitir no programa de CA, assim como, critérios de alta para o momento em que o doente tem alta da unidade de cirurgia ambulatoria.

**A4 – Criação de informação clínica escrita** com instruções para o pós-operatório, a ser fornecida aos doentes e familiares no momento da alta, designadamente sobre que contactos accionar no caso de complicações, como fazer a medicação prescrita, quando retomar a medicação crónica, quando e como reiniciar a actividade física, quais as complicações mais prováveis e como proceder perante elas.

**A5 – Análise continuada de indicadores clínicos**, designadamente taxa de cancelamento da cirurgia (doentes agendados para o programa de ambulatorio, e que não são operados por faltarem ou necessitarem de ver a sua operação adiada, qualquer que seja o motivo) e a taxa de admissão hospitalar (registo de todos os doentes que, prevendo a sua alta no final do dia, sem pernoita hospitalar ou até 24 horas após a cirurgia, vêem estes objectivos ser gorados quer pernoitando no hospital, quer ficando para além das 24 horas de pós-operatório, respectivamente).

**A6 – Criação de procedimentos de apoio** ao programa de CA, nomeadamente através da disponibilização dum número de telefone directo a um membro da equipa, e da realização de um contacto telefónico ao doente ao fim de 24 horas de pós-operatório de forma a auscultar o seu estado clínico, a esclarecer eventuais dúvidas e a orientar o doente e familiares no caso da existência de complicações.

**A7 – Criação de registos** específicos do programa de CA, efectuados em sistema informático.

Os critérios anteriormente enumerados, e que em nossa opinião devem ser obrigatórios em qualquer programa de CA encontram-se pouco implementados nos diferentes programas dos Hospitais do SNS, como pode constatar-se no Gráfico 6.



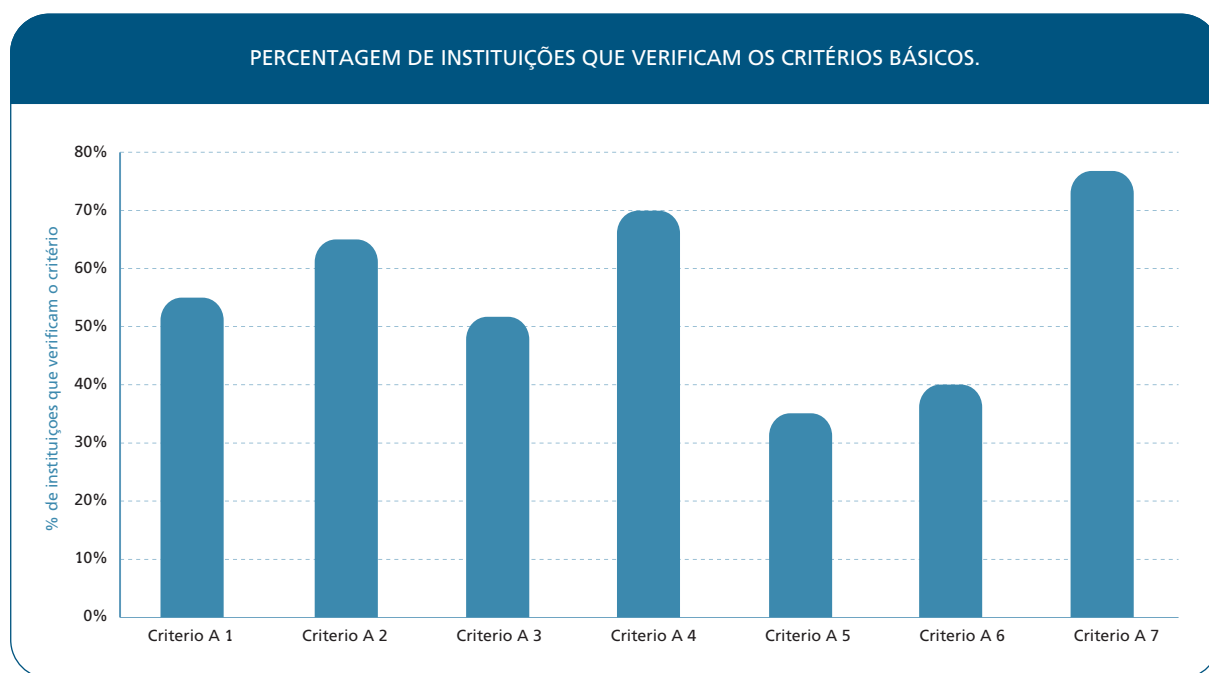


GRÁFICO 6

A título de exemplo, refira-se a pouca implementação dos critérios A5 e A6 fundamentais, na nossa opinião, para a acreditação e qualidade deste tipo de programas cirúrgicos.

Por outro lado, pretende-se que os diferentes programas de CA tenham uma evolução onde denotem níveis de maturidade suplementares, através da adopção de princípios designados por critérios desejáveis:

**B8** – Implementação do **circuito** bem estabelecido, conforme descrito em A1, em todas as situações no Hospital.

**B9** – **Logística** adequada, que passa pela criação duma sala de espera para doentes e acompanhantes específica do programa de CA, e de instalações exclusivas do programa de CA para doentes que pernoitam no Hospital.

**B10** – Alocação de **recursos humanos** envolvidos exclusivamente no programa de CA, nomeadamente de enfermeiros, administrativos e auxiliares de acção médica.

**B11** – Para além dos **protocolos clínicos** descritos em A3, desenvolvimento doutros protocolos designadamente na avaliação pré-operatória (requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica), e no estabelecimento de normas orientadoras para analgesia pós-operatória e para prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios.

**B12** – **Informação clínica escrita** aquando da selecção do doente para o programa de CA, informando-o sobre o procedimento, eventuais riscos, como todo se procederá durante o dia da cirurgia, que fazer em relação à medicação crónica, tempo de jejum pré-operatório, e outros comportamentos a aconselhar antes da operação (banho, verniz das unhas, piercings, tipo de roupa a usar, etc).



**B13** – Análise continuada doutros **indicadores clínicos**, para além dos referidos em A5, como sejam, a taxa de rein-tervenção cirúrgica no próprio dia da operação, ou a taxa de re-admissão hospitalar até aos 30 dias de pós-operatório (doentes que são de novo admitidos no Hospital nos 30 dias após a cirurgia, em consequência desta).

**B14** – Inquirir junto do doente e familiares o **grau de satisfação** através da criação de inquéritos anónimos.

Por curiosidade, pode ver-se, no Gráfico 7, o grau de cumprimento das diferentes instituições que apresentam programas de CA para cada um dos critérios desejáveis através descritos.

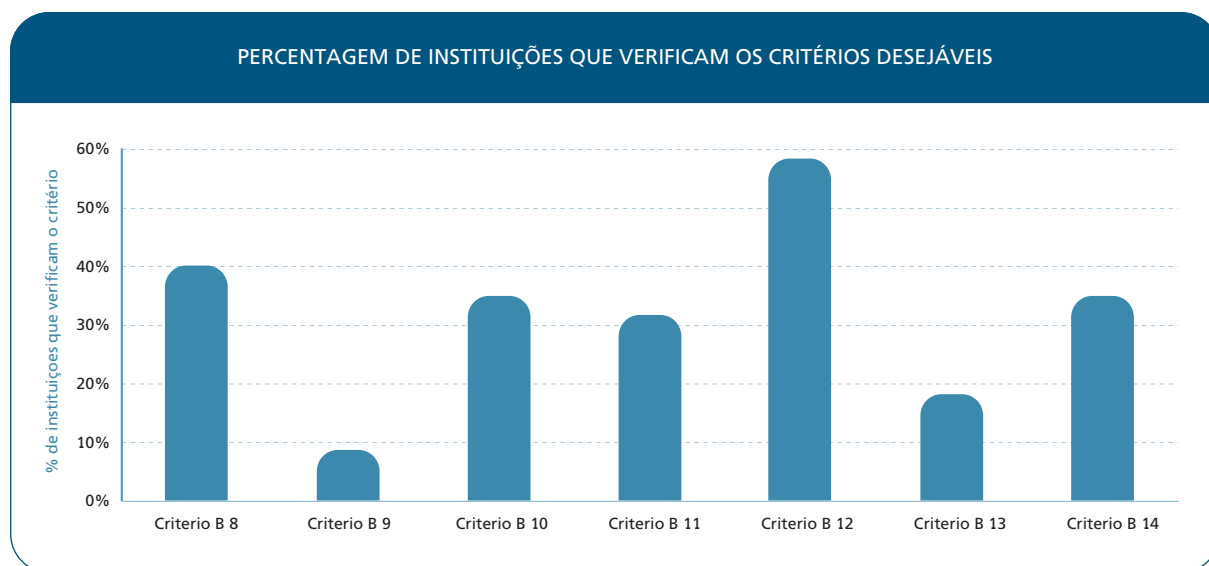


GRÁFICO 7

Em conclusão, o levantamento nacional realizado junto das Instituições do SNS, com o objectivo de avaliar as condições actuais da prática da CA no que respeita às instalações e equipamentos e ao modelo organizativo, tendo em conta os 7 critérios básicos e os 7 critérios desejáveis que deverão ser tendencialmente cumpridos à luz daquelas que são consideradas como as melhores práticas, permitiu a obtenção dum primeiro diagnóstico, por Região de Saúde (Quadro 8).

CUMPRIMENTO DOS CRITÉRIOS ADEQUADOS À PRÁTICA DE CA				
ARS	N.º de Hospitais	N.º critérios cumpridos (Mediana)	N.º Mínimo critérios cumpridos por Hospital	N.º Máximo critérios cumpridos por Hospital
Alentejo	3	2	2	10
Algarve	2	8,5	8	9
Lisboa e Vale do Tejo	21	7	0	12
Centro	17	5	0	10
Norte	17	8	0	13

QUADRO 8



Dos 60 hospitais analisados, nenhum reunia ainda todos os critérios definidos. Todavia, metade dos hospitais cumpriam pelo menos 7 dos critérios estabelecidos, havendo, em todas as regiões, hospitais que cumprem mais de metade dos critérios (Gráfico 7).

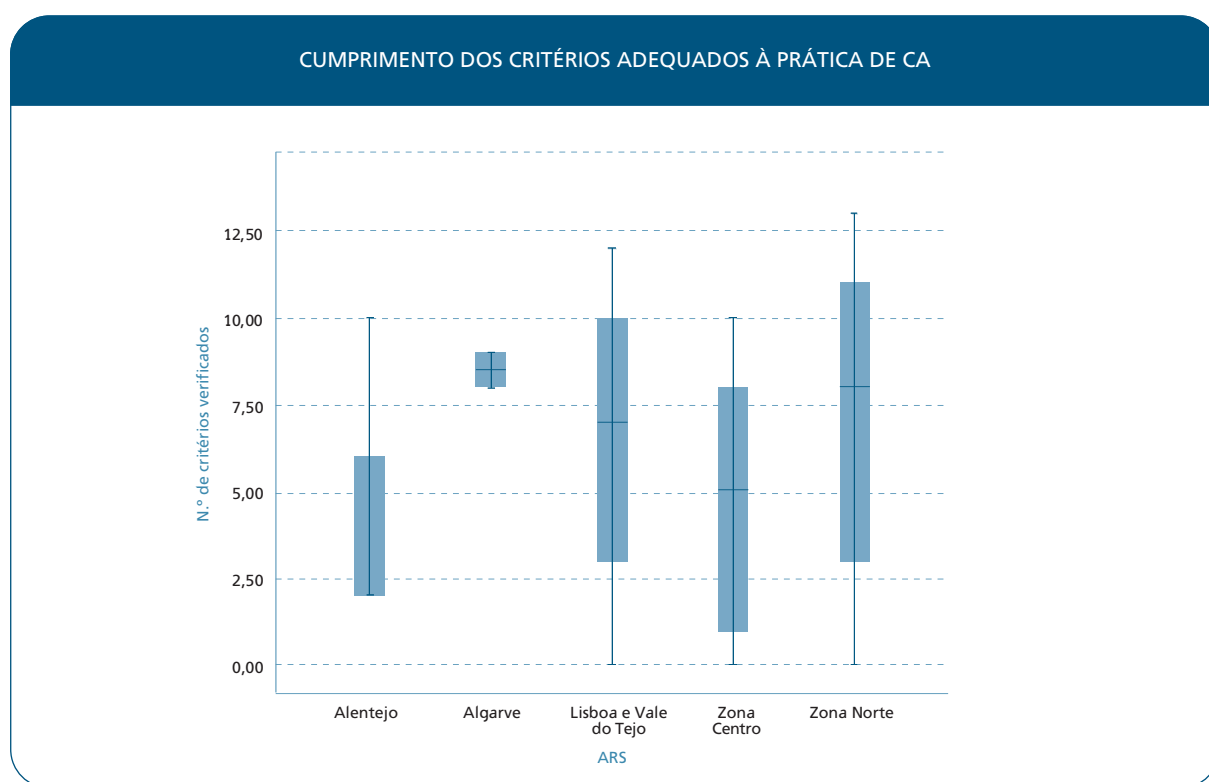


GRÁFICO 8

## 1.6. CONCLUSÃO

A prática da CA tem evoluído positivamente no nosso país, como é possível constatar através dos resultados obtidos pelos vários inquéritos nacionais realizados nos últimos anos.

Contudo, assiste-se a um défice organizativo na maioria dos programas instituídos, que se traduz pela ausência de circuitos bem definidos, ausência de logística adequada à sua prática, insuficiência de adopção de protocolos clínicos e de documentos com informação clínica escrita dirigida a doentes e familiares, ausência de criação de procedimentos de apoio ao doente para dar resposta a eventuais complicações ou ainda a inexistência da avaliação continuada dos resultados obtidos através da aplicação de indicadores clínicos.

Assim, consideramos que a prática da CA deve associar-se a um modelo organizativo assente nos princípios enunciados e que foram atrás descritos como critérios básicos e desejáveis, de forma a melhorar continuamente a prestação dos cuidados de saúde cirúrgicos realizados em regime de ambatório.



## 1.7. MEDIDAS PRECONIZADAS

1. Adopção imediata dos critérios básicos na organização de programas de cirurgia de ambulatório
2. Preparação para a adopção futura dos critérios desejáveis na organização de programas de cirurgia ambulatório

**Responsável:** Conselhos de Administração dos Hospitais.

**Prazo para execução:** 1 a 3 anos.

## 1.8. BIBLIOGRAFIA

- [1] Toftgaard C, Parmentier G. International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. Day Surgery – Development and Practice. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006. Chapter 2: 35-59.
- [2] Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, Diário da República, I Série B.
- [3] Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro, Diário da República, I Série B.
- [4] P. Lemos. Indicações e Vantagens da Cirurgia Ambulatória. Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 1998;9:104-113.
- [5] Jarrett P, Staniszewski A. The development of ambulatory surgery and future challenges. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. Day Surgery – Development and Practice. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006. Chapter 1: 21-34.
- [6] Despacho n.º 25 832/2007 de 13 de Novembro, Diário da República, II Série, n.º 218.
- [7] P. Lemos, D. Marques, E. Alves, A. Regalado, J. Soares. A expressão da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2001;2:5-15.
- [8] Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, Diário da República, III Série, Suplemento, n.º 243 de 18 de Outubro de 1999, pág. 21 976-(6).
- [9] Domínio da APCA: [www.apca.com.pt](http://www.apca.com.pt)
- [10] Cirurgia de Ambulatório. Recomendações para o seu desenvolvimento. Direcção-Geral da Saúde. Gráfica Maiadouro, Maia, Portugal, 2001.
- [11] P. Lemos, A. Regalado, J. Soares, E. Alves. A evolução recente da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Resultados do IV Inquérito Nacional. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2006;7:5-15.
- [12] P. Lemos, A. Regalado, J. Soares, P. S. Couto, S. Domingues. Qual a expressão nacional dos diferentes procedimentos cirúrgicos realizados em regime de ambulatório? Resultados do IV Inquérito Nacional. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2007;8:8-34.
- [13] Nicoll J. The surgery of infancy. British Medical Journal, 1909;753-756.
- [14] Audit Commission. Measuring quality: the patients view of day surgery. London, UK: HMSO, 1991.
- [15] Australian Day Surgery Council. Day Surgery in Australia. Revised edition. Melbourne, Australia: Royal Australasian College of Surgeons, 2004.
- [16] Cooke T, Fitzpatrick R, Smith I. Achieving day surgery targets: a practical approach towards improving efficiency in day case units in the UK. London, UK: Advance Medical Publications, 2004.
- [17] Innovations in Care. Day Surgery in Wales: a guide to good practice. Cardiff, Wales: Welsh Assembly Government, 2004.
- [18] NHS Modernisation Agency. Day Surgery – a good practice guide. London, UK: Department of Health Publications, 2005.
- [19] The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Day Surgery. Revision Edition. London, UK: The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2005.
- [20] Toftgaard C: International Survey of day surgery activities 2005. [www.iaas-med.com](http://www.iaas-med.com), 2008.







COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 2.1. EVOLUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM PORTUGAL

Quando se pretende avaliar a evolução da cirurgia de ambulatório, é necessário ter em conta os conceitos prevalecentes à data a que os resultados dizem respeito, a legislação vigente e a forma como os actos praticados neste regime cirúrgico têm tradução nos registos informáticos que servirão de base ao apuramento dos dados que permitam avaliar o que se quer medir.

Em 1997, o Conselho Superior de Estatística do INE definia simplisticamente a cirurgia em ambulatório como 'intervenção cirúrgica programada que não requer a permanência do doente no estabelecimento de saúde durante a noite', posteriormente actualizada (2005) para 'intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, que embora habitualmente realizada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas'. Esta definição já incorpora o conceito de pernoita hospitalar, consagrada na Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, Diário da República, I Série-B.

A portaria n.º 348-B/98 de 18 de Junho aprovou a primeira tabela de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde que incorporava valores para a cirurgia de ambulatório. Eram 33 os GDH que apresentavam preço para ambulatório.

As actualizações periódicas às tabelas de preços iam alargando o leque de procedimentos plausíveis de serem realizados em ambulatório, até se atingir, com a Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, alterada pela portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro, o número de 89 GDH cirúrgicos passíveis de serem facturados como cirurgia de ambulatória.

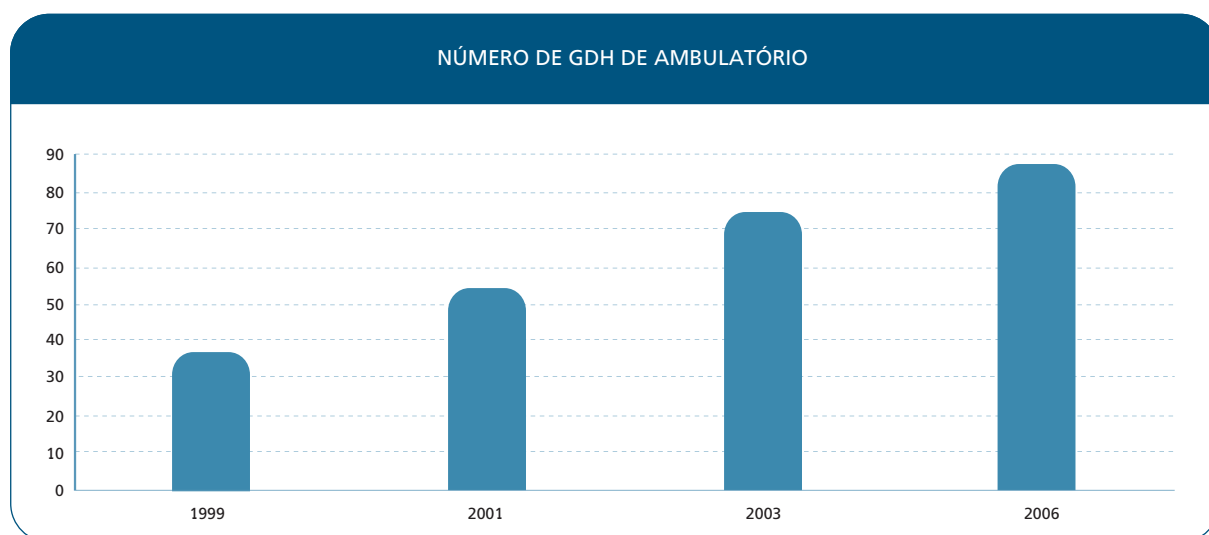


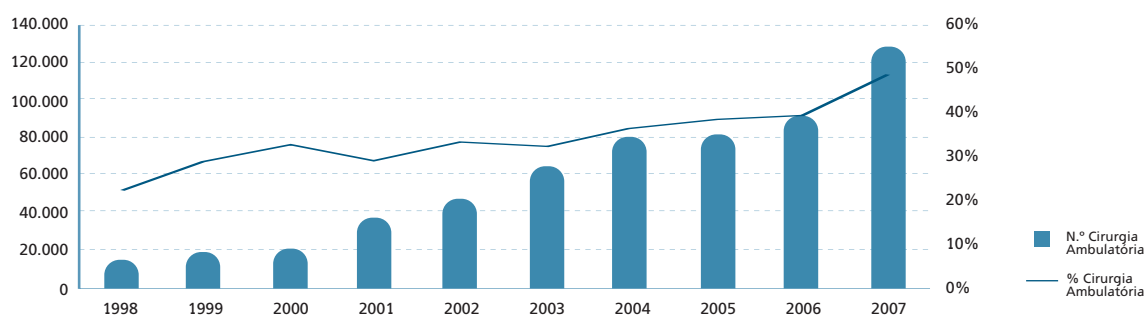
GRÁFICO 1

Assim quando se analisa a evolução da produção cirúrgica, dita de ambulatório, à luz destes conceitos, a leitura tem que incorporar as alterações legislativas verificadas, já que estas condicionaram o número de cirurgias realizadas em ambulatório ou, de forma mais real, o número de cirurgias facturadas como cirurgia de ambulatório.

O mesmo se passa quando se analisa a evolução da taxa de ambulatória específica (número de doentes operados em ambulatório/total de casos operados com GDH de ambulatório)



### EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CIRURGIAS DE AMBULATÓRIO



Fonte: ACSS

GRÁFICO 2

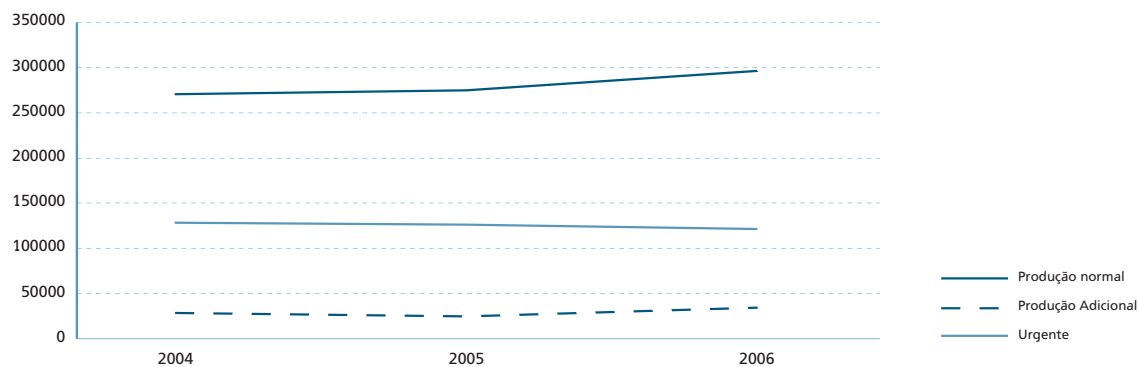
## 2.2. A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA GLOBAL

Importa agora conhecer qual o peso da cirurgia de ambulatório no total da produção cirúrgica hospitalar, mormente a sua representatividade na cirurgia programada.

### 2.2.1. Análise da produção cirúrgica com base na informação fornecida pela ACSS

Avaliou-se a produção cirúrgica dos últimos 3 anos (à data ainda não estava disponível o ano de 2007, pelo se analisaram os anos de 2004, 2005 e 2006) com base em informação disponibilizada pela ACSS.

### DISTRIBUIÇÃO DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA



Fonte: ACSS

GRÁFICO 3



Nos últimos 3 anos, a produção cirúrgica nos hospitais do País tem vindo a aumentar, atingindo, no ano 2006, um total de 451.465 cirurgias (65,6% em produção normal, 7,6% em produção adicional e 26,8% urgentes).

A produção adicional a que se faz referência no Gráfico 3 diz respeito à produção realizada acima do valor contratualizado para a produção normal (conceito ACSS), não traduzindo assim a produção efectuada pelas equipas cirúrgicas fora do horário normal (conceito produção adicional utilizado no SIGIC).

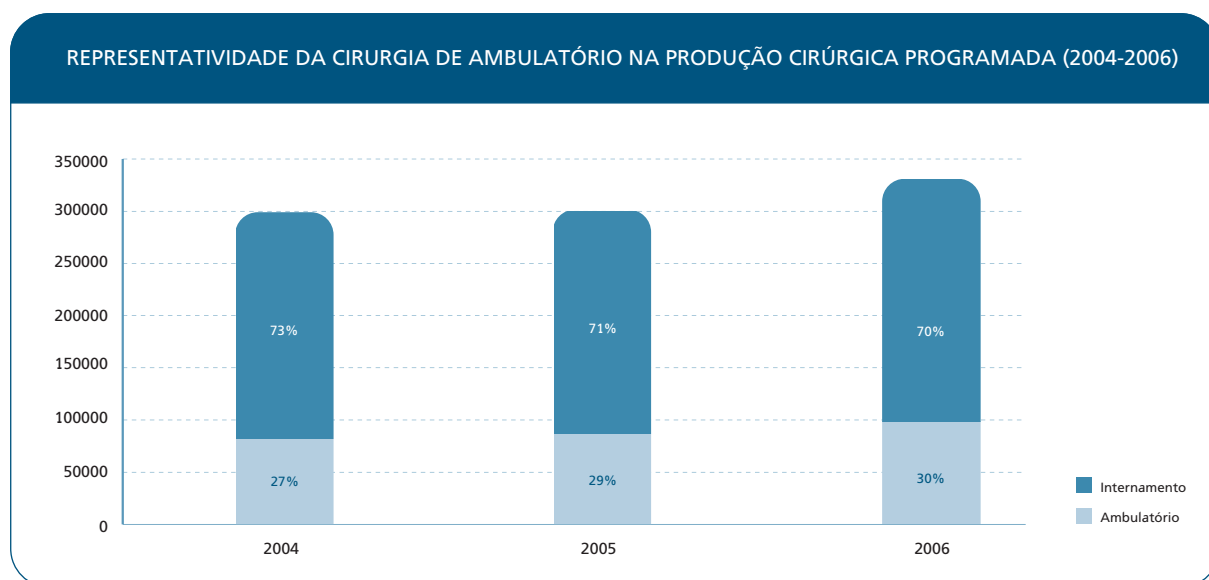
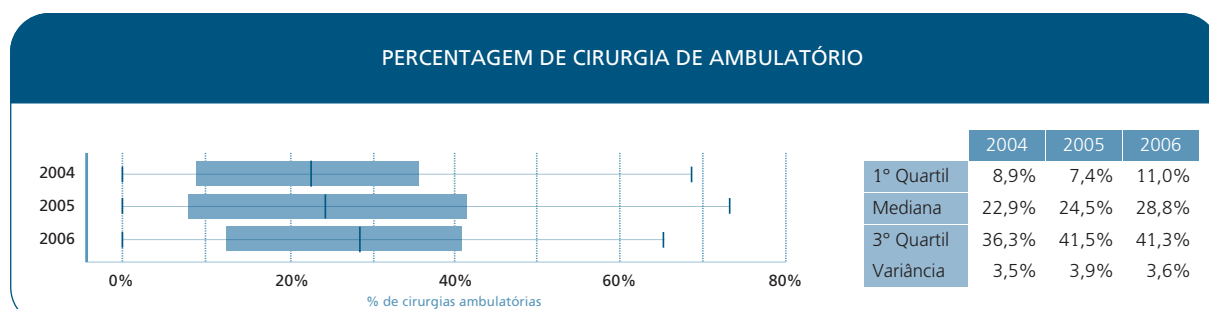


GRÁFICO 4

Tem-se assistido a uma evolução positiva, ainda que lenta, da prática da cirurgia de ambulatório, tendo a taxa de ambulatorização aumentado de 27% em 2004 para 30% em 2006.

O que é interessante é a subida uniforme da maioria dos hospitais (crescimento do valor da mediana, com variância constante), diminuindo o número de hospitais com taxa de ambulatorização inferior a 25%, da mesma forma que tem vindo a aumentar o número de hospitais em que mais de 50% das cirurgias são realizadas em ambulatório.



Fonte: ACSS – Produção Hospitalar 2006 Portugal

GRÁFICO 5



Ressalva-se que os valores referentes ao número de cirurgias realizadas em ambulatório resultam da aplicação dos critérios da ACSS, face à informação proveniente dos hospitais, não significando necessariamente que estejam integradas num programa específico de cirurgia de ambulatório.

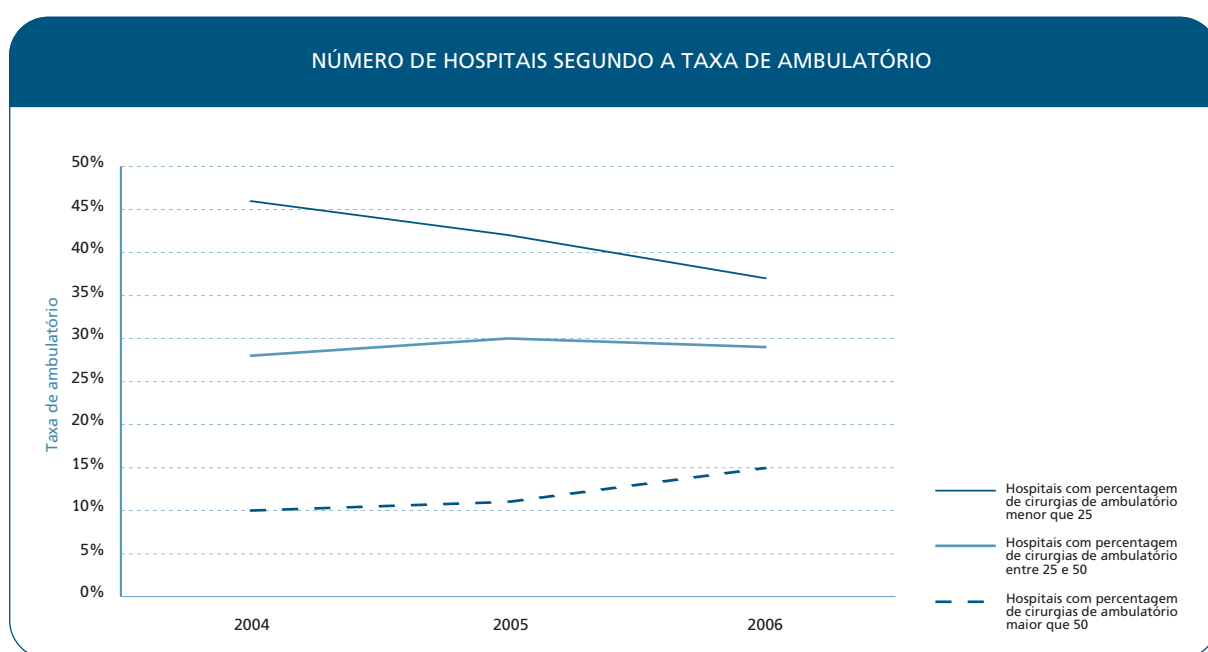


GRÁFICO 6

Os hospitais com menor grau de diferenciação que deveriam investir nesta modalidade cirúrgica são aqueles que apresentam taxas de ambulatórios menores (Gráfico 7).

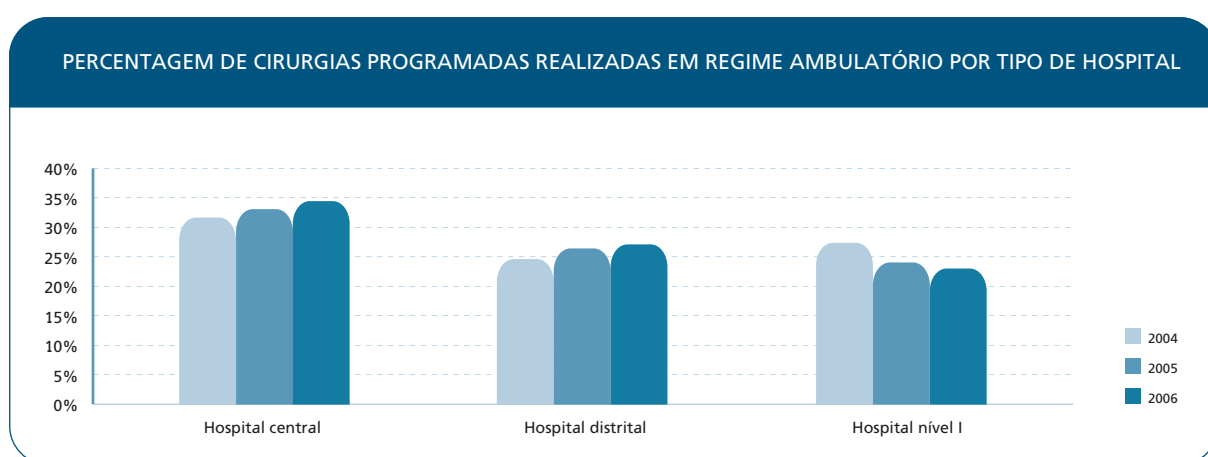
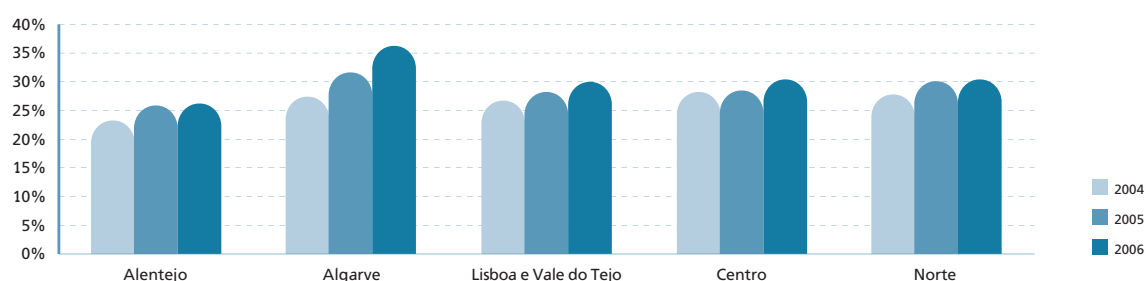


GRÁFICO 7



Tem-se verificado uma subida gradual da taxa de cirurgia de ambatório em todas as regiões, mais acentuada na Região do Algarve (efeito dos pequenos números).

#### PERCENTAGEM DE CIRURGIAS PROGRAMADAS REALIZADAS EM REGIME AMBULATÓRIO POR REGIÃO SAÚDE



Fonte : ACSS – Produção Hospitalar 2006 Portugal

GRÁFICO 8

Em seguida, listam-se as performances obtidas por cada um dos hospitais do país no ano 2006, relativamente à taxa de ambulatorização cirúrgica, com análise da variação sofrida no triénio anterior.

#### TAXA DE AMBULATORIZAÇÃO CIRÚRGICA EM 2006 POR HOSPITAL (FONTE – ACSS)– VARIAÇÃO 2004-2006

Ano	Hospital *	Produção em regime de internamento	Produção em regime de ambatório	Total de produção não urgente	% de cirurgias de ambatório	Variação relativamente a 2004
2006	Águeda	967	146	1113	13,1%	-33,1%
	Alcobaça	616	190	806	23,6%	28,4%
	Almada	4891	3513	8404	41,8%	8,8%
	Amadora	10558	498	11056	4,5%	-24,3%
	Amarante	1337	454	1791	25,3%	0,1%
	Anadia	494	139	633	22,0%	47,4%
	Aveiro	2388	909	3297	27,6%	3,8%
	Barcelos	1606	42	1648	2,5%	-55,3%
	Barreiro	2785	662	3447	19,2%	>100%
	Beja	1641	1332	2973	44,8%	17,2%
	Bissaya Barreto	1609	921	2530	36,4%	-9,7%
	Braga	4636	1313	5949	22,1%	39,2%
	Bragança	1693	487	2180	22,3%	12,1%
	Caldas	1163	728	1891	38,5%	52,8%
	Cascais	1096	1121	2217	50,6%	-1,1%
	Castelo Branco	1350	964	2314	41,7%	13,7%
	Chaves	1074	198	1272	15,6%	> 100%
	CHC Pediátrico	876	872	1748	49,9%	10,8%
	CHL Ocidente	7510	4755	12265	38,8%	67,8%
	Covilhã	1426	711	2137	33,3%	59,6%

\* Designação minimalista (Base Dados ACSS)

(continua na página seguinte)

QUADRO 1



## TAXA DE AMBULATORIZAÇÃO CIRÚRGICA EM 2006 POR HOSPITAL – VARIAÇÃO 2004-2006

Ano	Hospital *	Produção em regime de internamento	Produção em regime de ambulatório	Total de produção não urgente	% de cirurgias de ambulatório	Variação relativamente a 2004
2006	Covões	4181	903	5084	17,8%	> 100%
	Curry Cabral	3241	2163	5404	40,0%	41,4%
	Egas Moniz	1	0	1	0,0%	-100,0%
	Elvas	994	42	1036	4,1%	-66,0%
	Espinho	952	98	1050	9,3%	-57,2%
	Estarreja	531	24	555	4,3%	-48,7%
	Estefânia	1802	1407	3209	43,8%	-25,5%
	Évora	2999	753	3752	20,1%	3,1%
	Fafe	1227	60	1287	4,7%	29,7%
	Famalicão	1962	651	2613	24,9%	2,6%
	Faro	2985	522	3507	14,9%	1,5%
	Feira	6633	3415	10048	34,0%	0,4%
	Figueira Foz	1829	1787	3616	49,4%	74,0%
	Gaia	6035	2923	8958	32,6%	12,5%
	Gama Pinto	1069	1606	2675	60,0%	62,4%
	Guarda	2465	47	2512	1,9%	> 100%
	Guimarães	3819	1046	4865	21,5%	46,3%
	HUC	14458	6420	20878	30,8%	12,4%
	IPO Coimbra	2901	1587	4488	35,4%	18,0%
	IPO Lisboa	1710	812	2522	32,2%	-28,8%
	IPO Porto	4688	3374	8062	41,9%	-7,0%
	J. Urbano	2	0	2	0,0%	0% em 2004
	Julio Dinis	1293	556	1849	30,1%	17,0%
	Lagos	0	0	0		
	Lamego	813	398	1211	32,9%	29,5%
	Leiria	3303	2040	5343	38,2%	-23,4%
	Litoral Alentejano	992	84	1076	7,8%	0% em 2004
	Mat. Alf. Costa	1615	1958	3573	54,8%	-15,7%
	Macedo Cav.	1035	37	1072	3,5%	-81,6%
	Madeira	2400	55	2455	2,2%	> 100%
	Maria Pia	2097	1107	3204	34,6%	17,7%
	S.Marta	2928	195	3123	6,2%	79,2%
	Matosinhos	4455	1477	5932	24,9%	-19,8%
	Mirandela	1161	268	1429	18,8%	36,3%
	Montijo	720	5	725	0,7%	-67,9%
	Oliveira Azemeis	273	203	476	42,6%	-11,8%
	Outão	1479	489	1968	24,8%	-4,3%
	Ovar	928	40	968	4,1%	84,5%
	P Delgada	3982	103	4085	2,5%	0% em 2004
	Peniche	575	142	717	19,8%	> 100%
	Pombal	341	992	1333	74,4%	-8,1%
	Portalegre	1043	233	1276	18,3%	> 100%
	Portimão	1798	2190	3988	54,9%	35,0%
	Prelada	7024	891	7915	11,3%	> 100%
	Pulido Valente	4019	783	4802	16,3%	79,4%

\* Designação minimalista (Base Dados ACSS)

(continua na página seguinte)

Fonte: ACSS



## TAXA DE AMBULATORIZAÇÃO CIRÚRGICA EM 2006 POR HOSPITAL (FONTE – ACSS)– VARIAÇÃO 2004-2006

Ano	Hospital *	Produção em regime de internamento	Produção em regime de ambulatório	Total de produção não urgente	% de cirurgias de ambulatório	Variação relativamente a 2004
2006	S.João	10823	4042	14865	27,2%	3,6%
	S.José	7684	3614	11298	32,0%	19,8%
	Santarém	2665	2341	5006	46,8%	-8,3%
	Santo António	7994	7032	15026	46,8%	-13,8%
	Santo Tirso	1946	670	2616	25,6%	-6,4%
	Seia	569	297	866	34,3%	19,0%
	Setubal	2969	904	3873	23,3%	> 100%
	Sta.Maria	8550	3368	11918	28,3%	-7,5%
	Tomar	4760	1499	6259	23,9%	64,5%
	Tondela	1089	62	1151	5,4%	-5,8%
	Vale Sousa	4740	3305	8045	41,1%	29,1%
	Valongo	742	30	772	3,9%	-88,8%
	Varzim	1476	1105	2581	42,8%	7,8%
	T.Vedras	2053	249	2302	10,8%	-18,3%
	Viana	4455	2664	7119	37,4%	> 100%
	Vila Real	2920	1282	4202	30,5%	-9,2%
	Viseu	4727	1505	6232	24,1%	-17,9%
	V.F.Xira	1468	650	2118	30,7%	11,4%
<b>Total</b>		<b>232104</b>	<b>98460</b>	<b>330564</b>	<b>29,8%</b>	<b>8,9%</b>

\* Designação minimalista (Base Dados ACSS)

Fonte: ACSS

## 2.2.2. Análise da produção cirúrgica nacional extraída do SIGIC – ano 2006

A partir da informação constante do SIGIC, fornecida pela Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, é possível verificar o peso da produção adicional na prática de cirurgia de ambulatório.

O quadro 2 mostra que apenas 10,7% das cirurgias foram realizadas na modalidade remuneratória adicional e que 16% o foram em regime de ambulatório, não se verificando diferenças nesta prática conforme se trate de produção base ou adicional.

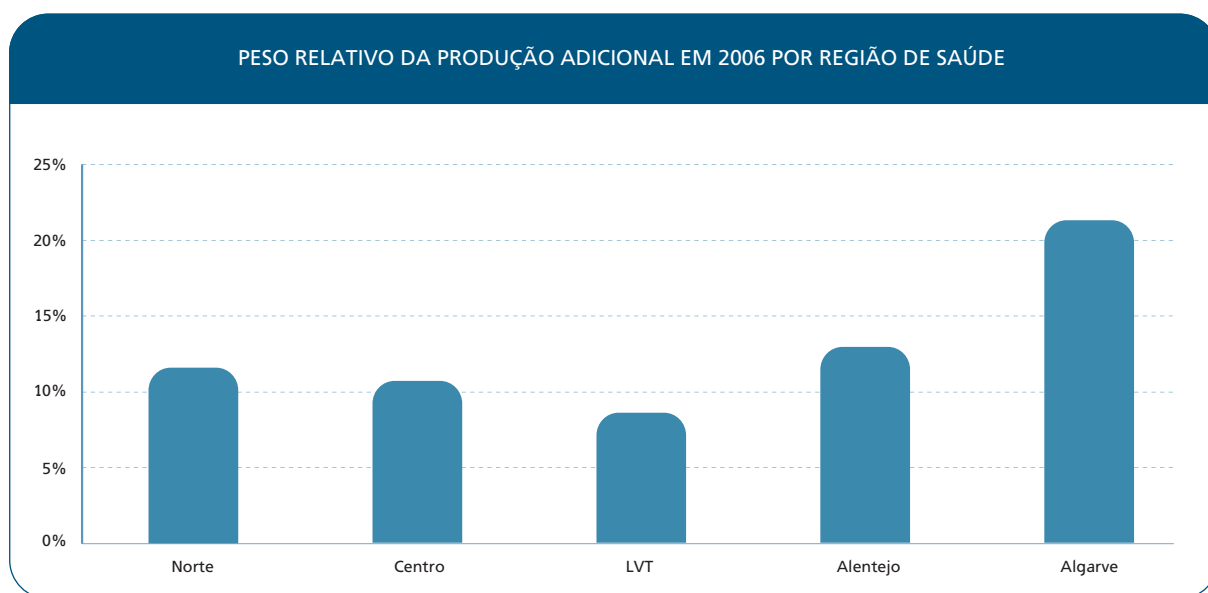
## SIGIC – PRODUÇÃO CIRÚRGICA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS EM 2006 POR REGIÃO DE SAÚDE

Região	Internamento		Ambulatório		Total		% Ambulatório	
	Base	Adicional	Base	Adicional	Base	Adicional	Base	Adicional
Norte	87,150	12,914	16,615	673	103,765	13,587	16%	5%
Centro	63,318	6,864	14,212	2,443	77,530	9,307	18%	26%
LVT	83,918	8,358	15,094	1,015	99,012	9,373	15%	11%
Alentejo	7,832	1,166	857	124	8,689	1,290	10%	10%
Algarve	6,303	1,353	725	545	7,028	1,898	10%	29%
<b>Total</b>	<b>248,521</b>	<b>30,655</b>	<b>47,503</b>	<b>4,800</b>	<b>296,024</b>	<b>35,455</b>	<b>16%</b>	<b>14%</b>
	<b>279,176</b>		<b>52,303</b>		<b>331,479</b>		<b>16%</b>	

Fonte: SIGIC/UCGIC

QUADRO 2





Fonte: SIGIC/UCGIC

GRÁFICO 9

Além da produção realizada nos hospitais públicos, realizaram-se ainda 13.842 cirurgias em hospitais do sector privado e social, como resultado da referenciação de doentes que não viram a sua situação resolvida em tempo útil, nos hospitais onde estavam inscritos.

A taxa de ambulatorização foi de apenas 8%, metade da verificada no sector público.

SIGIC – PRODUÇÃO CIRÚRGICA NOS HOSPITAIS CONVENCIONADOS EM 2006			
Nº Cirurgias realizadas no Sector Privado e Social			
Internamento	Ambulatório	Total	% Amb
12.731	1.111	13.842	8%

Fonte: SIGIC/UCGIC

QUADRO 3

Em seguida, tendo como base um conjunto de procedimentos cirúrgicos universalmente aceites como passíveis de serem realizados em cirurgia de ambulatório, analisou-se a sua tradução efectiva na prática da cirurgia de ambulatório, verificando-se um crescimento diminuto da taxa de ambulatório para 18% (esta é uma taxa de ambulatório específica em que o denominador não é o total de cirurgias, mas o sim o conjunto de procedimentos definidos como potencialmente ambulatorizáveis).

Nenhum dos procedimentos era realizado maioritariamente em ambulatório. Os valores encontrados para alguns deles são incompreensivelmente baixos (25% cataratas, 11% hérnia inguinal, etc.), o que faz pressupor a existência de algum défice de registo no tipo de regime em que o procedimento foi realizado.



A análise da produção adicional mostra variações elevadas entre os vários procedimentos, sendo a intervenção às varizes, aquela que, em termos relativos, foi mais direccionada para esta modalidade de prestação.

A – PROCEDIMENTOS MAIS FREQUENTEMENTE REALIZADOS EM REGIME AMBULATÓRIO	Código ICD9 -CM	Total cirurgias	% Ambulatório	% Cirurgias Produção Adicional
Artroscopia do joelho	80.26	3.276	6%	17%
Excisão de cartilagem semilunar do joelho	80.6	823	2%	28%
Extracção cirúrgica de dente NCOP	23.1	1.316	38%	0%
Operação no cristalino (cirurgia de catarata)	13.1 a 13.6	30.670	25%	17%
Reparação de hérnia inguinal	53.0 a 53.1	16.389	11%	21%
Reparação de hérnia femoral	53.2 a 53.3	508	7%	19%
Reparação de hérnia umbilical	53.4	2.915	14%	22%
Reparação de outro tipo de hérnia	53.9	95	9%	16%
Dilatação e curetagem do útero, NCOP	69.02 + 69.09	2.775	18%	2%
Laqueação e stripping de veias varicosas	38.59	11.702	5%	52%
Amigdalectomia (sem adenoidectomia)	28.2	1.298	10%	21%
Amigdalectomia com adenoidectomia	28.3	5.061	15%	17%
Adenoidectomia sem amigdalectomia	28.6	2.686	23%	18%
Miringotomia com inserção de tubo	20.01	1.715	21%	21%
Destruição/oclusão endoscópica bilateral das trompas de Falópio	66.2	2.311	17%	9%
Operação nos músculos extraoculares (estrabismo)	15.0 a 15.9	1.149	31%	3%
Reparações e operações plásticas no nariz (rinoplastia)	21.8	3.275	8%	36%
Excisão local de lesão da mama	85.21	2.747	21%	3%
Hemorroidectomia	49.43 a 49.46	2.025	12%	19%
Excisão de quisto ou sinus pilonidal	86.21	3.782	23%	16%
Circuncisão	64.0	3.747	32%	7%
Libertação de contractura de Dupuytren (fasciotomia da mão)	82.35	1.188	14%	17%
Libertação do túnel cárpico	04.43	10.171	28%	21%
Orquidectomia e orquidopexia	62.3 a 62.5	1.304	21%	10%
Vasectomia e laqueação do canal deferente	63.7	175	31%	9%
Excisão e reparação de calo e outras deformidades dos dedos dos pés	77.51 a 77.59	2.452	5%	22%
Extracção de prótese de fixação interna de osso	78.6	4.642	8%	14%
Exérese de quisto de Baker	83.39	1.445	26%	11%
Abortamento cirúrgico	69.01 + 69.51	14	7%	0%
Fístula ou Fissura anal	49.73 + 49.79	40	28%	3%
Incontinência Urinária Feminina	59.79	1.228	17%	39%
Histeroscopia	68.12	4.230	41%	1%
<b>TOTAL GRUPO A</b>		<b>127.154</b>	<b>18%</b>	<b>20%</b>

Fonte: SIGIC/UCGIC

QUADRO 4



## 2.3. HARMONIZAÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO E CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS

Já vimos que consoante a fonte de informação consultada podemos obter resultados diferentes. O quadro 5 é ilustrativo disso mesmo.

PROCEDIMENTOS DO GRUPO A – 2006				
Fonte	Critérios	Total Ambulatório	Total Cirurgias	% AMB
SIGIC	Campo assinalado AMB	23.387	127.154	18,4%
ACSS	Campo assinalado AMB	49.600	131.966	37,6%
Inquéritos	Informação Hospital	40.220	101.696	39,5%
PROCEDIMENTOS DO GRUPO B – 2006				
Fonte	Critérios	Total Ambulatório	Total Cirurgias	% AMB
SIGIC	Campo assinalado AMB	778	20.970	3,7%
ACSS	Campo assinalado AMB	457	21.068	2,2%
Inquéritos	Informação Hospital	524	15.336	3,4%
TODOS OS PROCEDIMENTOS – 2006				
Fonte	Critérios	Total Ambulatório	Total Cirurgias	% AMB
SIGIC	Campo assinalado AMB	52.303	331.479	15,8%
ACSS	Campo assinalado AMB	98.460	330.564	29,8%
Inquéritos	Informação Hospital	76.482	282.884	27,0%

Nota: Procedimentos do Grupo A = Potencialmente realizáveis em regime ambulatório;  
Procedimentos do Grupo B = Não universalmente realizados em ambulatório

QUADRO 5

Se adicionarmos a informação recolhida junto dos hospitais sobre as taxas moderadoras cobradas a doentes admitidos para cirurgia de ambulatório, em que o número de registos em 82% das instituições foi de 71.500 intervenções, verificamos que o conceito de cirurgia de ambulatório difere até entre os vários serviços da mesma instituição.

Vejamos a forma de registo para assinalar uma Cirurgia como de Ambulatório:

### No SIGIC:

O registo da intervenção é assinalado no SIGIC como Ambulatório ou Internamento, sendo este um campo de preenchimento obrigatório para os hospitais convencionados (e outros que utilizam esta aplicação para o registo das cirurgias). A informação referente aos hospitais públicos provém maioritariamente de integrações do SONHO, onde o registo do tipo de cirurgia (ambulatório/internamento) é automático (se não houver entrada no internamento é assumido como ambulatório).



Aparentemente estariam reunidas condições para considerar que os dados extraídos dos sistemas de informação representam adequadamente este tipo de prática assistencial.

Então, que significado pode ser dado a uma intervenção inexplicavelmente realizada em regime de internamento, como o caso que abaixo se ilustra?

*(Um utente operado num hospital público por um procedimento passível de ser realizado em ambulatório, que é registado como tendo sido feito em cirurgia de internamento).*

Haverá correspondência entre o regime cirúrgico realizado e o que foi registado? Não por que exista má-fé no acto de notação, mas antes pela sua omissão, posteriormente convertida em informação inexacta por não ter sido assegurada a necessária validação.

A integração de dados SONHO-SIGLIC está mais estabilizada, o que não invalida que possam ocorrer erros na conversão de dados.

Sabemos quanto é cómodo responsabilizar o sistema de informação pelos insucessos inexplicados, descurando muitas vezes a importância da organização dos serviços, da qualificação profissional (responsabilidade pela notação adequada), etc.

Um último exemplo retrata um doente operado no sector privado (curiosamente com proposta cirúrgica para ser realizado em regime de internamento) que vem adequadamente registado como ambulatório.



Mas também aqui uma dúvida de outra índole se levanta. Se os registos realizados pelos hospitais do sector conven-  
cionado são potencialmente credíveis, como interpretar uma taxa de ambulatória tão baixa?

Será que os valores propostos na tabela de preços a praticar no SIGIC (Anexo ao Despacho n.º 24 036/2004, publi-  
cado Diário da república n.º 274 de 22 de Novembro de 2004) para a cirurgia de ambulatório e de internamento con-  
dicionam a opção pelo regime cirúrgico a adoptar?

É crível que os dividendos financeiros que advêm da diferença de preços entre os dois regimes ainda influencie a deci-  
são a tomar, constituindo um revés na evolução da cirurgia de ambulatório.

#### Na ACSS:

É considerado como ambulatório toda a cirurgia que gera um GDH com preço de ambulatório e que, cumulativa-  
mente, não obrigue a uma estadia do utente acima de 24 horas.

Os resultados são inferidos da informação fornecida pelos hospitais, que não contém campos específicos para a variá-  
vel 'Ambulatório'.

**No Inquérito Nacional aos Hospitais:** (utilizando a metodologia usada pelas APCA – Associação Portuguesa de  
Cirurgia de Ambulatório – e CNADCA, pressupondo a existência de programas definidos e adequados à cirurgia de  
ambulatório, e não apenas a interpretação administrativa do período de tempo).



São os hospitais, através dos respectivos serviços, que revelam o número de cirurgias realizadas. O enfoque é dado nos procedimentos considerados passíveis de serem realizados em ambulatório (conjunto pré-definido, que não corresponde *ipsis verbis* aos GDH tabelados como de ambulatório).

#### Discussão:

Resulta daqui que, para estas três fontes de informação, os numeradores das respectivas taxas de ambulatório são colhidos de formas diferentes, pelo que os dados obtidos reflectem essas diferenças.

Nas definições conceptuais de cirurgia de ambulatório não há obviamente referência à forma de financiamento destas intervenções, mas esta tem condicionado indelevelmente a casuística oficial do número de cirurgias de ambulatório.

É verdade que tem havido um esforço da entidade financiadora para acompanhar a evolução do exercício da cirurgia de ambulatória em Portugal, mas os avanços tecnológicos associados a esta prática não se coadunam com condicionamentos legislativos, especialmente quando daqueles resultam benefícios evidentes para o bem-estar dos utentes.

Assim, há que encontrar um modelo, sustentado num sistema de informação apropriado, que privilegie a representação do estado da arte, de tal forma que todas as cirurgias realizadas de acordo com a definição conceptual de cirurgia de ambulatório o sejam consideradas como tal e não sujeita ao modelo de financiamento em vigor.

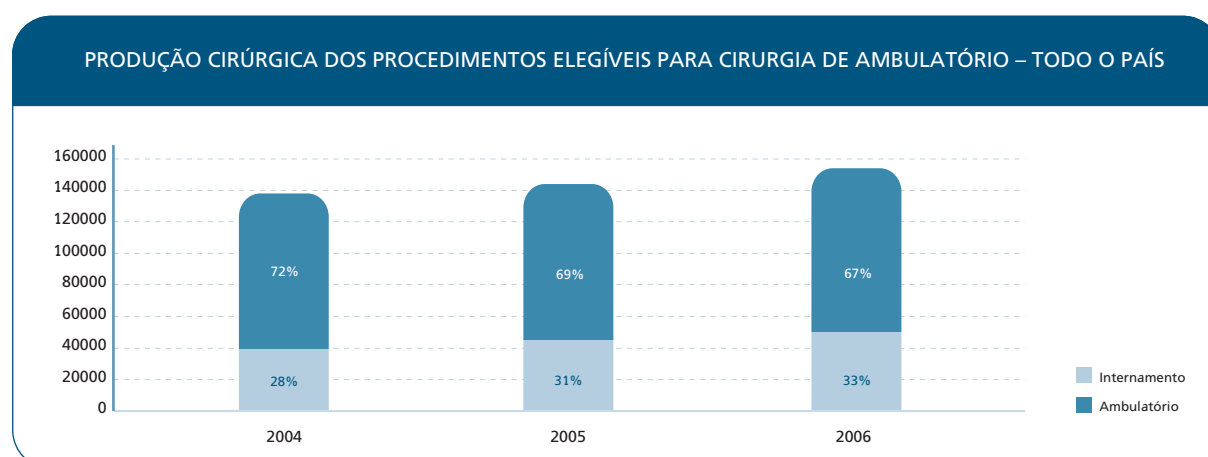
## 2.4. PRODUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ELEGÍVEIS PARA AMBULATÓRIO

### 2.4.1. Procedimentos dos Grupo A e B

Para estudar melhor o impacto da cirurgia de ambulatório, analisaram-se dois conjuntos de procedimentos cirúrgicos definidos pela APCA e CNADCA como potencialmente ambulatorizáveis:

Grupo A = Procedimentos mais frequentemente realizados em regime ambulatório

Grupo B = Procedimentos não universalmente realizados em regime ambulatório



Fonte: ACSS – Produção Hospitalar 2006 Portugal

GRÁFICO 10



Verificou-se um aumento das taxas de ambulatório específicas, mas com comportamentos distintos entre os Grupos A e B, registando o primeiro grupo valores elevados e o segundo valores diminutos.

#### 2.4.2. Procedimentos do Grupo A

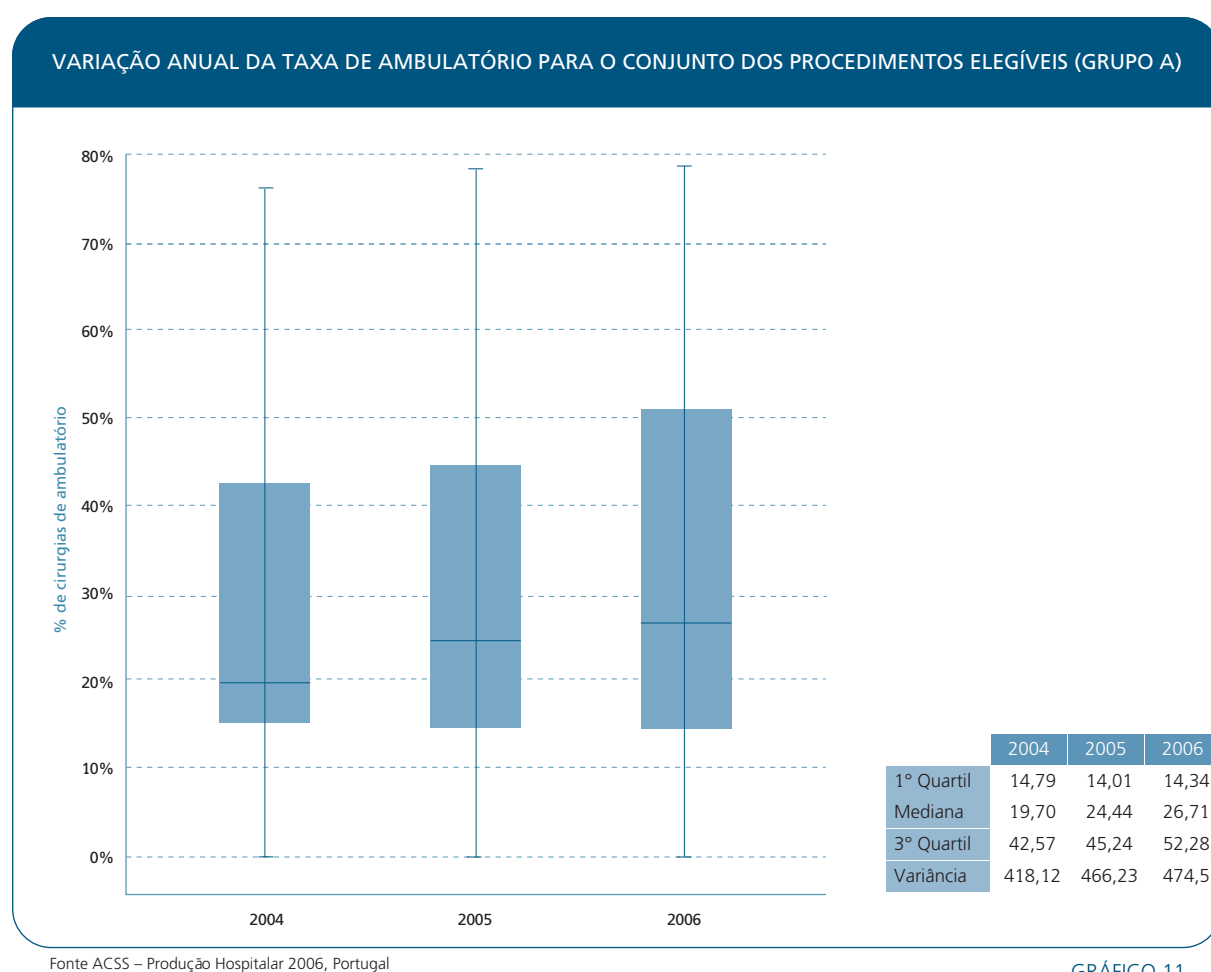


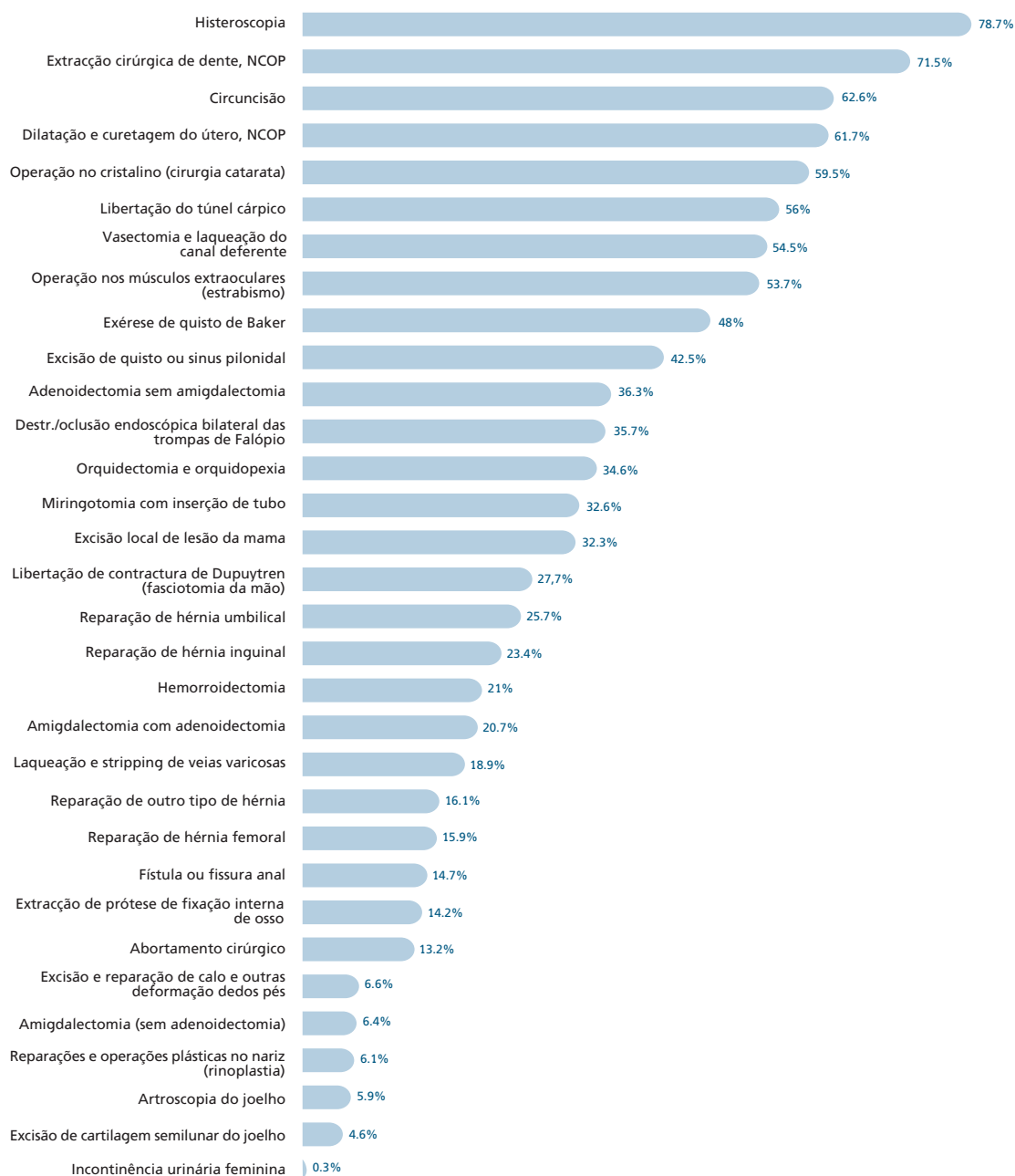
GRÁFICO 11

A análise da taxa de ambulatório por hospital, para a lista de procedimentos universalmente aceites como realizáveis em ambulatório (Grupo A, tal como foi definido pelas APCA e CNADCA), permite verificar que a mediana da taxa de ambulatório tem vindo a crescer (de 19,7% em 2004 para 26,7% em 2006). Esse efeito é mais visível no grupo dos hospitais que já apresentavam taxas elevadas em 2004 (3º quartil), o mesmo não se verificando no grupo dos hospitais com menor prestação em ambulatório (1º quartil) em que a respectiva taxa não sofreu grande evolução.

Em oito dos procedimentos universalmente aceites como ambulatorizáveis, a representatividade da cirurgia de ambulatório já ultrapassou os 50%. Em contrapartida, mais de 80% da cirurgia das varizes ainda é realizada em regime de internamento.



### PERCENTAGEM DE CIRURGIAS DE AMBULATÓRIO POR PROCEDIMENTO CIRURGICO





O gráfico 13 combina a frequência absoluta com a frequência relativa, verificando-se que as cirurgias de catarata, da libertação do túnel cárpico e da reparação da hérnia inguinal têm uma casuística superior a 10.000 casos/ano, revelando ainda uma considerável margem de crescimento do ambulatório.

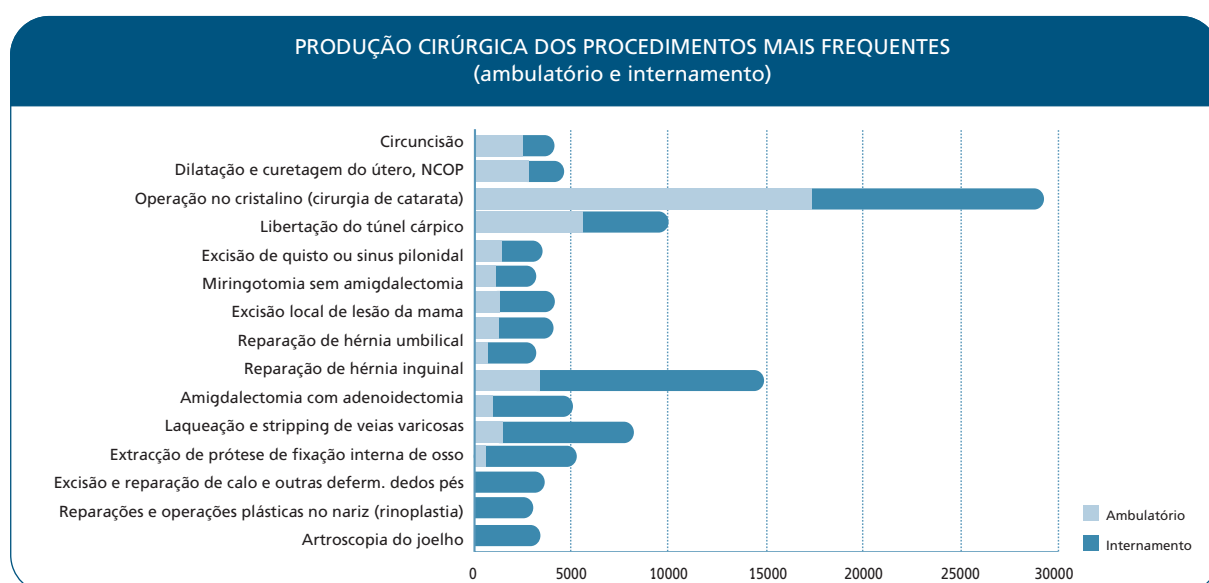


GRÁFICO 13

### 2.4.3. Procedimentos do Grupo B

TAXA DE AMBULATÓRIO POR HOSPITAL DOS PROCEDIMENTOS DO GRUPO B – PRODUÇÃO 2006					
Designação	Ambulatório	Internamento	Total	% Ambulatório	Variação relativamente a 2004
Lobectomia unilateral da tiróide	91	1444	1535	5,93	> 100%
Abdominoplastia	60	1144	1204	4,98	2,9%
Mamoplastia redutora bilateral	19	492	511	3,72	-19,4%
Colecistectomia laparoscópica	263	7515	7778	3,38	67,8%
Reparação dos ligamentos cruzados do joelho	6	402	408	1,47	–
Mastectomia	15	2449	2464	0,61	94,7%
Histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (LAVH)	1	204	205	0,49	–
Reparação de cistocelo e rectocelo	2	2562	2564	0,08	–
Cirurgia antirefluxo por laparoscopia	0	350	350	0,00	–
Excisão ou destruição de disco intervertebral	0	2201	2201	0,00	–
Prostatectomia transuretral	0	1848	1848	0,00	–

Fonte ACSS – Produção Hospitalar 2006 Portugal

QUADRO 6



Estes procedimentos ainda não estão interiorizados pelos serviços cirúrgicos como passíveis de realização em ambulatorio, sendo a sua expressão ainda diminuta. Admite-se que os dados de 2007 já possam reflectir uma situação mais encorajadora e que a eventual definição de preços para determinados GDH (tal como proposto pela CNADCA) constitua um estímulo para o seu crescimento efectivo.

### 2.5. O EFEITO DA TAXA DE AMBULATÓRIO NA MEDIANA DO TEMPO DE ESPERA

Considerando que a cirurgia de ambulatorio permite potenciar a utilização dos blocos operatórios e que abrange procedimentos responsáveis por mais de metade da lista de inscritos para cirurgia, era expectável que maiores taxas de ambulatorio se repercutissem em menores tempo de espera.

Para isso, analisaram-se, para os 22 hospitais da região Norte, as taxas de ambulatorio por hospital e procedimentos do Grupo A (com base na informação obtida junto da ACSS) e calcularam-se as respectivas medianas dos tempos de espera (por hospital e procedimento, através da consulta ao SIGLIC/SIGIC)

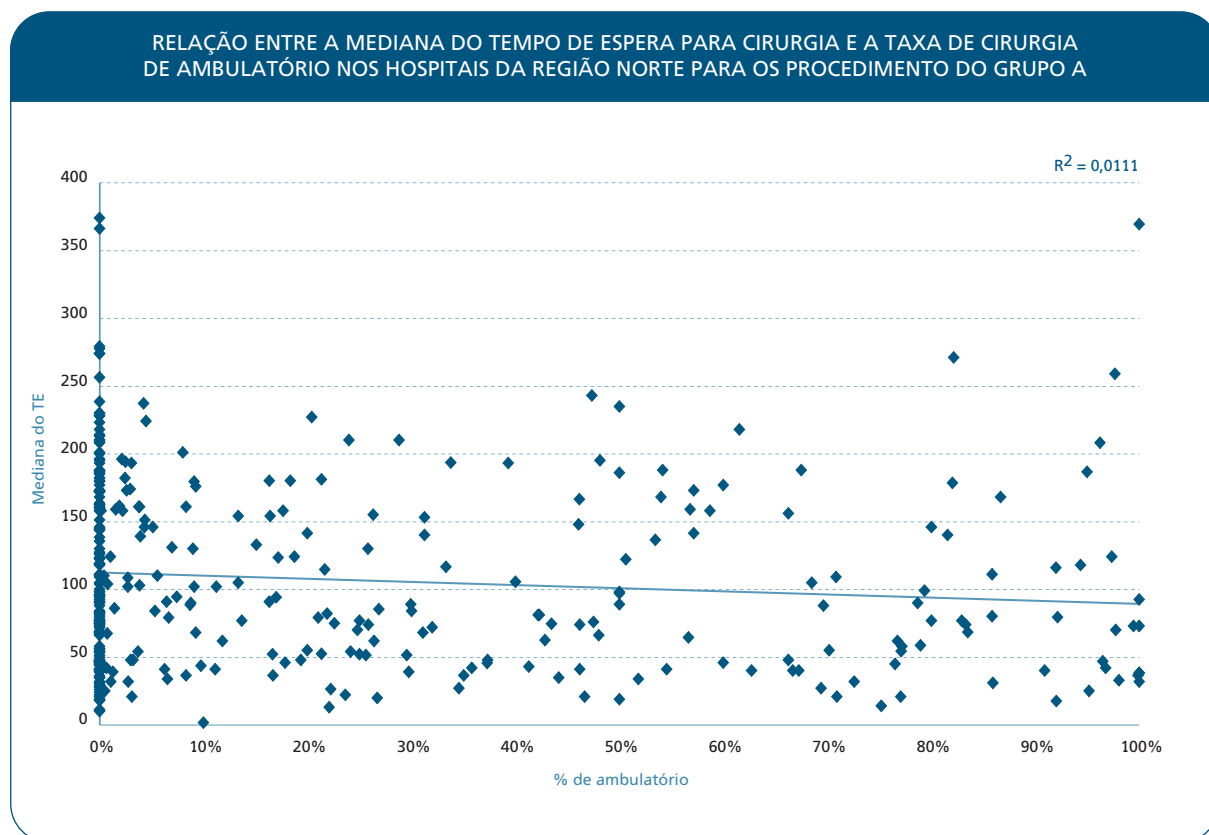


GRÁFICO 14

Não existe evidência de relação linear entre os dois factores em estudo, apesar de se observar para valores extremos de taxa de ambulatorio uma tendência de associação inversa com a mediana do tempo de espera (isto é, hospitais com taxas de ambulatorio superiores teriam medianas do tempo de espera mais reduzidas).



TAXA DE AMBULATÓRIO POR HOSPITAL E PROCEDIMENTO					
Nº DE CASOS	<= 5%	De 6% a 25%	De 26% a 50%	> 50%	
> Mediana*	129	18	16	21	
<= Mediana*	110	26	22	28	
<b>Total de casos**</b>	<b>239</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>49</b>	<b>370</b>

\* Mediana = 91 dias

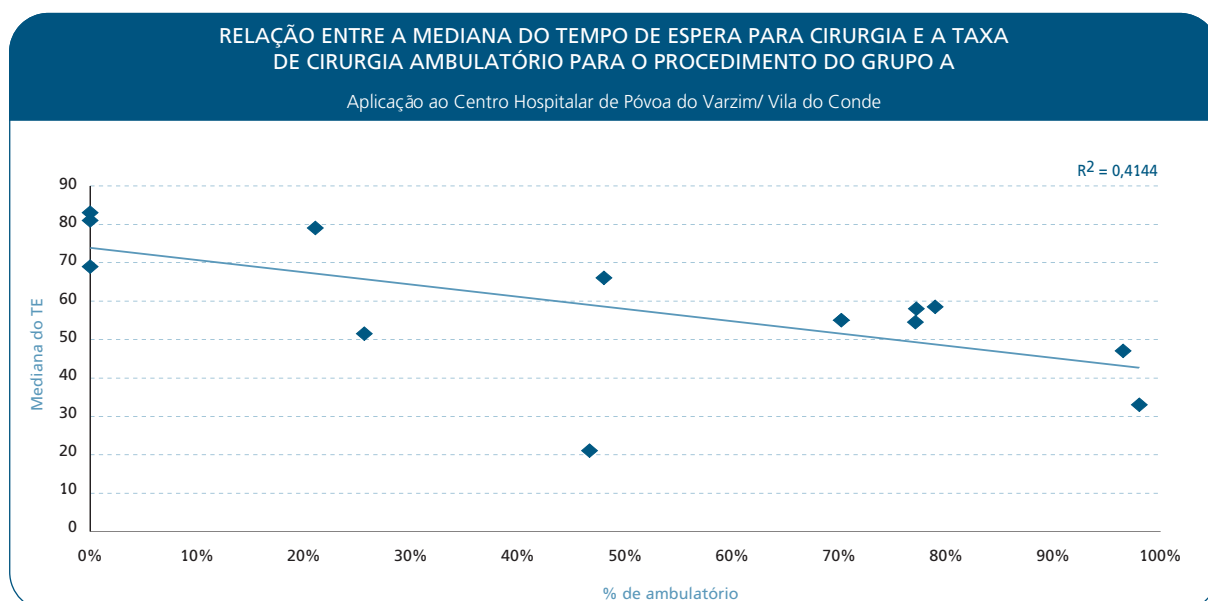
\*\* Total de casos (procedimentos em hospitais) = n.º de Hospitais x n.º de procedimentos do Grupo A

QUADRO 7

Neste modelo de análise, a unidade de observação é o procedimento cirúrgico num determinado hospital (Ex. circuncisão no Hospital de S. João). Calculou-se a mediana do conjunto das unidades de observação (91 dias) e verificou-se para cada um dos 4 grupos de taxas de ambulatório definidos na tabela supra, quantas unidades cumpriam a condição de terem tempos de espera inferiores a 91 dias.

No conjunto dos procedimentos com taxa de ambulatório inferior a 5%, cerca de 54% tinham tempo de espera superior à mediana, enquanto que nos procedimentos com taxas de ambulatório superiores a 50%, apenas 43% tinham valores acima da mediana (estas diferenças não são estatisticamente significativas).

Em seguida, tomaram-se como referência apenas os hospitais com maiores taxas de ambulatório e práticas sustentadas de cirurgia de ambulatório. A análise aos vários hospitais mostrou resultados díspares, desde a inexistência de qualquer relação entre as duas variáveis em estudo até associações significativas, como o caso que se ilustra (CH Póvoa Varzim/ Vila do Conde).



Nota: Cada ponto do gráfico corresponde a um procedimento no CHPV/VC.

GRÁFICO 15



Ou seja, o efeito de procedimentos com maiores taxas de ambulatorio terem medianas de tempo de espera inferiores não se repercute em todos os hospitais.

Idêntico raciocínio foi feito para a análise por procedimento cirúrgico. Também aqui os resultados não são conclusivos, verificando-se contudo, para a cirurgia às cataratas uma associação linear, ainda que não muito forte, entre a taxa de ambulatorio e a mediana do tempo de espera (medido em dias).

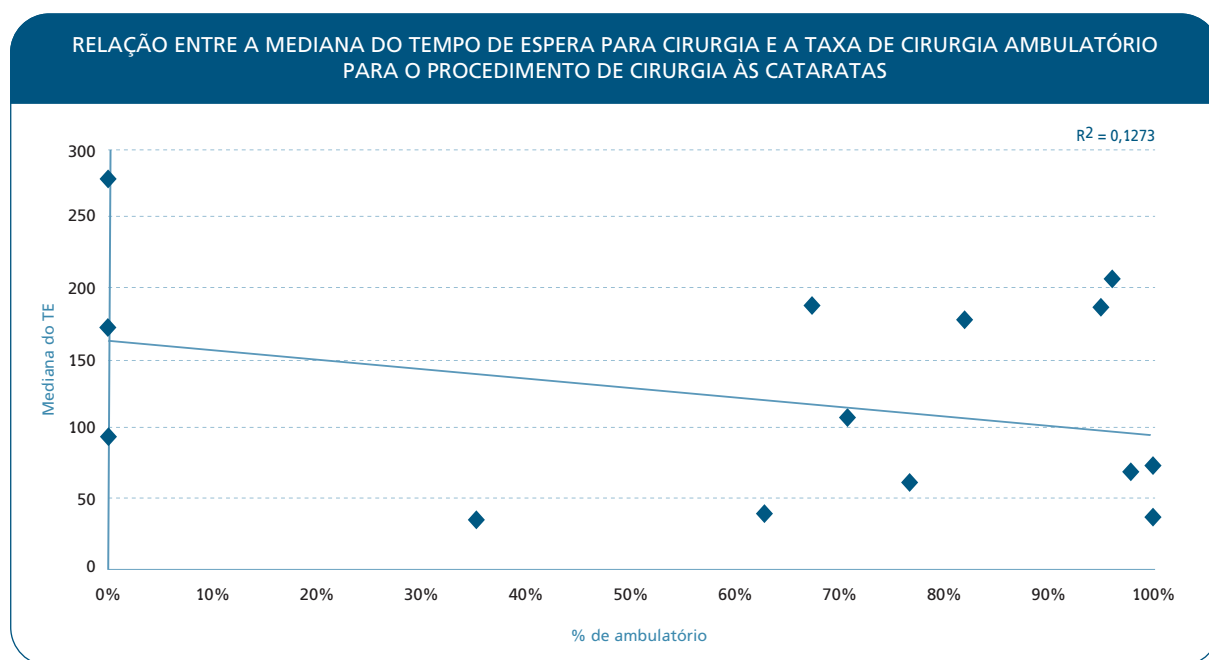


GRÁFICO 16

Os vieses resultantes da forma como a informação é recolhida, o seu significado face ao que deverão ser as boas práticas de cirurgia de ambulatorio e a influência do modelo de financiamento do ambulatorio versus internamento são factores de confundimento na avaliação da taxa de ambulatorio. Por outro lado, a mediana do tempo de espera é condicionada pela dinâmica da gestão da lista de inscritos para cirurgia em cada hospital. Ou seja, provavelmente só depois de estarem estabilizados estes factores será possível uma análise mais transparente da relação entre estas variáveis.

## 2.6. MEDIDAS PRECONIZADAS

Deverá haver um registo claro e inequívoco de todos os actos de cirurgia de ambulatorio, reconhecidos como tal, sustentado num sistema de informação apropriado, que privilegie a representação do estado da arte, de acordo com a definição conceptual de cirurgia de ambulatorio.

**Responsáveis:** ACSS, SIGIC/UCGIC, hospitais.

**Prazo para execução:** Ano de 2008.



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 3.1. INTRODUÇÃO

A lista de espera surge como um desajuste no balanço entre a oferta disponível e a procura de cuidados, sendo que esta pode ter algum grau de imprevisibilidade, por não ser regulada. A procura decorre da incidência e prevalência das patologias, da motivação dos utentes para os cuidados em saúde, da facilidade (custo, proximidade, informação) de acesso e ainda da indução da necessidade por parte dos prestadores (especialmente em conjunturas de incerteza ou de mudança). Já a oferta disponível, poderá ser maximizada por uma gestão adequada da capacidade instalada (ainda que alterações nas políticas de gestão aumentem a imprevisibilidade dos resultados, sobretudo, se tivermos em conta que os agentes não são inertes e reagem às mudanças no sentido da protecção dos seus interesses).

A existência de listas de espera no acesso a cuidados de saúde, problema mais ou menos comum aos diferentes modelos de sistemas de saúde, passa a constituir um problema de saúde pública quando associada a tempos de espera com real impacto na qualidade de vida dos doentes, no consumo de cuidados de saúde, na capacidade produtiva ou no grau de dependência.

Os tempos de espera são uma importante dimensão da qualidade dos serviços e revelam a necessidade de orientar a gestão dos mesmos por critérios de equidade (igualdade de oportunidades), eficiência (produzir mais com os mesmos recursos) e efectividade (prestação de cuidados adequados).

Várias são as razões para a maior procura de cuidados de saúde, como o envelhecimento da população e o consequente aumento da esperança de vida, factores que criaram novas necessidades (ex. crescimento da cirurgia das cataratas e do colo do fémur), o desenvolvimento das tecnologias médicas que tornou possível tratar mais doenças, a expectativa de melhor qualidade de vida que o cidadão passou a exigir, fruto da sua maior escolaridade e dos elevados padrões impostos pelos valores dominantes profusamente difundidos pelos 'media' e ainda, o enriquecimento das populações e o aumento do número de prestadores de cuidados (ambas variáveis independentes no aumento do consumo).

A acessibilidade, definida como 'a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados de saúde no local e no momento em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde', tem sido uma prioridade dos vários governos desde 1995, traduzida em sucessivos programas específicos de recuperação das listas espera cirúrgicas.

### 3.2. DESCRIÇÃO DOS PROGRAMAS DIRIGIDOS À RECUPERAÇÃO DE LISTAS DE ESPERA

#### 3.2.1. Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE)

Criado em 1995, propunha-se assegurar a realização de actos cirúrgicos a doentes inscritos em hospitais públicos, recorrendo ao sector privado, através de uma dotação financeira a ser gerida pelas diferentes Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Não foi tomada qualquer medida que permitisse associar a referenciação ao sector privado com o comprovado esgotamento da capacidade de resposta do hospital de origem dos doentes.

O referido programa acabou por ter um impacto reduzido na dimensão das listas de espera, não só pelos montantes envolvidos, mas também porque não afectou o crescimento continuado das referidas listas.



A partir de 1996, a estratégia passou por envolver os hospitais num processo de negociação, tendo por interlocutores as ARS. Sob a gestão directa destas e dispondo de uma linha de financiamento adicional, os então chamados 'Programas Específicos' decorreram em 1997/98, constituindo uma oportunidade para os hospitais ensaiarem modelos de produção interna, orientada para algumas patologias reconhecidas, à data ainda empiricamente, como mais graves sob o ponto de vista do acesso.

Esta fase, apesar de ter constituído uma experiência de negociação interna importante, não se baseou em critérios uniformes na utilização das verbas disponibilizadas, com disparidades notórias entre hospitais para a execução dos mesmos actos, para além de não estar contextualizada num conjunto de medidas que permitissem garantir a sustentabilidade do processo de recuperação das listas de espera.

### 3.2.2. Programa para a Promoção do Acesso (PPA)

Criado em 1999, procurava encontrar soluções para as patologias onde se verificavam maiores estrangulamentos no acesso. Apostava num melhor aproveitamento da capacidade hospitalar, que passava pelo desenvolvimento de actividade fora do horário normal. Esta produção adicional era paga através de uma linha de financiamento especial, criada para o efeito.

O documento estratégico de então (Saúde um Compromisso, 1999) apontava a direcção correcta, definindo três objectivos para o programa, a desenvolver progressivamente até 2002:

- Clarificar a natureza e dimensão das diversas listas de espera;
- Tornar mais transparentes as causas dessas listas de espera;
- Reduzir e eliminar progressivamente e de forma priorizada, até níveis clinicamente aceitáveis a dimensão das listas de espera, através de intervenções de organização, gestão e da contratualização de produção adicional.

A sua implementação pressupunha o desencadear das seguintes acções:

- Selecção dos problemas prioritários e recolha de listas nominativas dos utentes em espera.
- Fixação de tempos de espera clinicamente aceitáveis. Tal definição passaria por constituição de equipas de peritos (Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos) que estabeleceriam os respectivos critérios técnico-científicos, o que nunca veio a acontecer. Assim, foi assumido administrativamente o tempo de 180 dias, como o tempo admissível para o hospital resolver em produção normal os doentes em lista, findo o qual se despoletaria a referenciação para outras instituições com capacidade para o fazer, caso houvesse oferta disponível.
- Atribuição de financiamento adicional (que, para o primeiro ano, foi o equivalente a € 30.000.000) dando condições legislativas que possibilitassem remunerar as equipas cirúrgicas que se propunham executar a produção acrescida contratualizada, com o recurso à figura de suplementos remuneratórios.
- Responsabilização das ARS, assessoradas pelas Agências de Contratualização, por toda a gestão do programa, desde o processo de negociação da produção adicional, acompanhamento dos níveis de execução da produção normal, definição dos doentes a incluir, referenciação inter-hospitalar.
- A emissão de Títulos-Acesso, pelas ARS, a favor dos doentes há mais tempo em lista de espera, que eram enviados ao serviço prestador. A utilização deste título funcionava como instrumento de gestão em termos de execução e financiamento.
- Criação de um sistema de informação próprio que permitisse a operacionalização do programa.



Para a materialização do programa foi publicada uma tabela de preços, que tinha como referência a tabela dos GDH, ajustada para este efeito, onde constavam já preços específicos para as cirurgias a realizar em ambulatório. Apenas 7 GDH eram identificados como tal.

Nesta primeira tabela fixavam-se os valores para remunerar as equipas e discriminava-se o número de elementos por classe profissional que deviam constar da equipa-tipo (nas actualizações seguintes, este item deixou de figurar).

Cada ARS identificou as 10 patologias mais prevalentes e desse conjunto foram seleccionadas as 12 que foram alvo de acompanhamento e monitorização pela DGS:

- Hérnias inguinais e abdominais
- Patologia da vesícula
- Varizes
- Patologia uterina
- Cataratas
- Patologia da anca (coxartrose –PTA)
- Patologia do joelho (gonartrose –PTJ)
- Outra patologia do joelho (excepto gonartrose)
- Hérnia discal
- Patologia do septo nasal
- Adenoma Prostático.

Em Outubro de 2000, o relatório da Comissão de Acompanhamento do PPA, coordenado pela DGS, apontava a existência de uma lista de espera de 126.569 utentes para as patologias em programa, sendo que 68% estavam com tempos de espera acima dos clinicamente aceitáveis. (refira-se que de acordo com a Lei n.º 27/99 de 3 de Maio, 'consideram-se em listas de espera os utentes em relação aos quais tenham sido excedidos os tempos clinicamente aceitáveis').

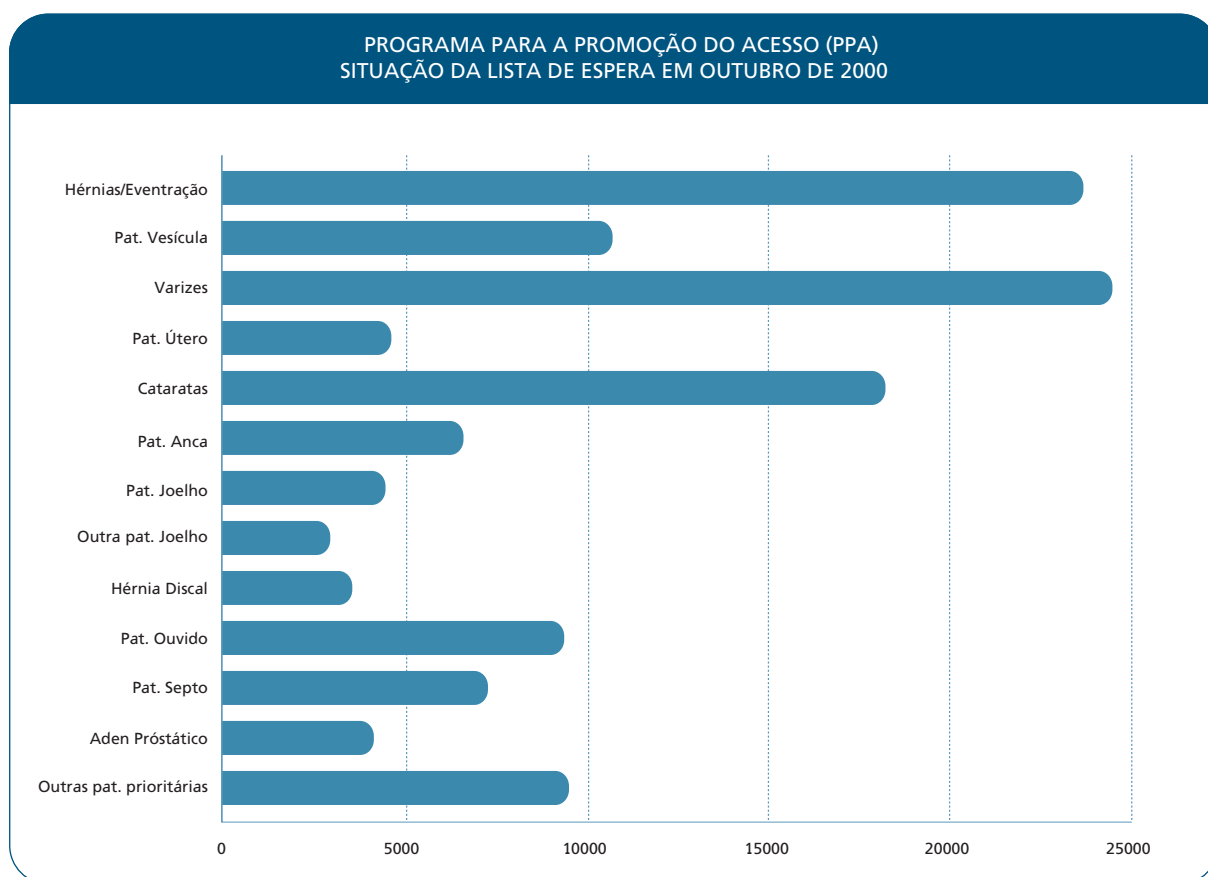
Apesar das dificuldades iniciais na obtenção dos dados de todos os hospitais, em Outubro de 2000 a informação já era representativa da situação nacional para as patologias seleccionadas como prioritárias. As hérnias, varizes e cataratas eram já as patologias mais prevalentes.

Demorou algum tempo a estabilizar este primeiro diagnóstico por, na maioria dos hospitais, não existir um sistema de informação único que permitisse a gestão da lista de espera. As listas existentes em cada um dos serviços, suportadas em registos próprios (aplicativos informáticos específicos, listagem em papel ou outras listas 'de bolso'), foram gradualmente substituídas por registos no sistema de informação base do hospital.

Assistiu-se, neste período, a um intenso processo de expurgo das listas, porque os tempos de espera identificados traziam a desactualização das mesmas, e também por força do processo de referenciação dos utentes há mais tempo em lista (critério major do programa).

O processo negocial, que envolveu a contratualização entre as administrações hospitalares e as ARS e entre aquelas e os serviços internos, foi uma experiência inovadora, porventura turbulenta (por pôr em causa dogmas pré-estabeleci-





Fonte: DGS – Programa de Promoção e Melhoria do Acesso – Relatório do mês de Outubro de 2000

GRÁFICO 1

dos), mas ao mesmo tempo enriquecedora porque ajudou a criar uma cultura de diálogo e de rigor no cumprimento das metas estabelecidas.

O programa era de adesão voluntária por parte das instituições e dos profissionais, e as respostas obtidas, num primeiro momento, obrigaram as ARS a encontrar alternativas complementares no sector social e privado, traduzidas em abertura de concursos públicos internacionais e/ou protocolos de cooperação com sector social, para satisfazer as necessidades identificadas.

Inclusivamente, por força destes concursos, houve utentes a serem intervencionados em hospitais das regiões da Galiza e da Estremadura espanhola.

O programa não atingiu o seu término previsto, já que a mudança de ciclo político fez emergir um novo programa. À data, o âmbito do programa tinha-se estendido à patologia oncológica (ainda que restrita aos IPO) e tinha sido alargado para 46 o número de GDH não oncológicos incluídos no PPA.



### 3.2.3. Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)

A resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002 de 26 de Abril, publicada no Diário da República n.º 121 de 25 de Maio, que criou o PECLEC, assumia no seu preâmbulo a urgência em eliminar, no prazo máximo de dois anos, as listas de espera para realização de intervenções cirúrgicas através do recurso a entidades públicas, privadas ou sociais prestadoras de cuidados de saúde. Contudo, o seu articulado dirigia o objectivo do programa para a resolução das situações em espera identificadas àquela data, definindo o prazo de 2 anos como o horizonte temporal para a sua concretização.

Procurava-se assim resolver o histórico encontrado (só eram elegíveis os utentes com data de inclusão na lista de espera anterior a 30.06.02) com recurso à produção adicional, partindo do princípio que os doentes inscritos a partir dessa data seriam resolvidos nos programas normais.

O programa alargou o seu âmbito à maioria das patologias, agrupadas em 52 grupos nosológicos definidos para este efeito, sendo publicada uma tabela de preços, específica para este programa que, embora mantendo como referência a classificação por GDH usada no financiamento dos hospitais públicos, incorporava um acréscimo de 45% ao valor da tabela, sempre que ocorressem procedimentos bilaterais ou associados.

Este pagamento acrescido pretendia tornar mais apelativo a adesão dos profissionais à resolução de todas as situações em espera, embora levantasse algumas dificuldades de operacionalização por força de se estarem a introduzir regras novas em conceitos já há muito definidos (geração de um GDH).

Cedo se verificou que, apesar de se reduzir para limiares mínimos a lista básica que foi tomada como alvo do programa, a situação em termos quantitativos não tinha sofrido alterações significativas, consequência da lista criada desde o início do programa (segundo a Auditoria do Tribunal de Contas à execução do PECLEC, nos dois anos de vigência do programa foram solucionadas 93,5% das mais de 123 mil cirurgias em atraso elencadas em Junho de 2002, a maioria com tempo de espera de um a cinco anos; a lista gerada a partir daquela data, atingia os 190 mil doentes em 31 de Janeiro de 2005, aguardando em média nove meses pela cirurgia).

Foi uma altura em se multiplicavam informações sobre a dimensão da lista de espera e em que os números eram manejados como arma de guerra política.

Apesar disso, o tempo de espera para cirurgia diminuiu uniformemente a nível regional e nacional, por força do aumento da oferta disponível (participação do sector social e sector privado, após concursos públicos internacionais) e da referenciação das situações há mais tempo em espera.

### 3.2.4. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

Criado em 2004, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 de 3 de Junho, e tomando como referência as melhores práticas utilizadas em alguns países da Europa, pretendeu integrar a gestão da lista de inscritos para cirurgia num âmbito mais vasto, não se confinando às situações mais extremas de espera, mas antes regulando toda a actividade cirúrgica programada, desde a proposta cirúrgica até à resolução da situação clínica que originou a inscrição.

Os programas de choque para resolver as listas de espera, por natureza auto-limitados no tempo, deram lugar a um Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) que passa a gerir todo o processo de gestão das listas de esperas nos hospitais (agora designada por LIC – lista de inscritos para Cirurgia), através de regras definidas, uniformizando procedimentos e tornando o processo mais transparente (todas as movimentações na LIC são registadas no



SONHO ou nos outros sistemas de informação hospitalares existentes e transportados de forma automática através de interface com o aplicativo informático SIGLIC – Sistema de Informação para a Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia).

Foram produzidos documentos normativos que ajudaram a diminuir o grau de arbitrariedade na gestão das listas, como o Regulamento do SIGIC, o Manual de procedimentos do SIGLIC, as circulares da UCGIC (Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia) e da URGIC (Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia). A constituição de estruturas reguladoras a três níveis (hospitalar, regional e nacional) contribuiu para conferir maior capacidade de controlo.

Passou a existir um maior compromisso do hospital, expresso na emissão de um certificado de inscrição na LIC, mas também uma participação mais activa do utente, no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado na assinatura do consentimento informado para a inscrição na LIC.

A internalização desta metodologia nos hospitais é bem espelhada nos contratos programas, com metas para a produção adicional e penalizações para as desconformidades processuais.

A relação com o sector privado e social está perfeitamente regulada através das convenções celebradas para este fim, com duração das mesmas sustentadas no tempo (evitando-se recorrer a concursos públicos descontinuados no tempo).

A transferência dos utentes que aguardam pela cirurgia aos 75% (9 meses para as situações não prioritárias) do tempo máximo de espera (na fase de implementação do programa foi assumido 12 meses como o tempo máximo de espera para as situações não prioritárias) é feita para os hospitais da rede pública, tentando rentabilizar a capacidade instalada, ou para as instituições privadas ou do sector social, traduzida nestes casos pela emissão de um vale de cirurgia, onde são disponibilizados várias instituições com capacidade para realizar a intervenção necessária.

A inclusão do conceito de prioridade clínica no momento de inscrição do utente em LIC, estabelecendo 4 níveis de prioridade com diferentes tempos máximos de espera para a cirurgia, consoante a gravidade da situação (o Regulamento do SIGIC, anexo à Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro, considera que 'o nível de prioridade deve ser avaliado em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença'), incutiu no sistema um componente de equidade, já que permite discriminar positivamente quem mais necessita de cuidados. Para que se torne justo e efectivo necessita de uma monitorização e avaliação contínua.

A portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro vem alargar o âmbito de aplicação às entidades do sector social e do sector privado que prestam cuidados aos utentes do SNS, ao abrigo dos acordos e convenções celebrados, de forma a garantir igualdade no acesso (inscrição em LIC) e o tratamento cirúrgico nos tempos máximos garantidos a todos os seus beneficiários.

Até à aprovação da portaria que estabelece os tempos máximos de espera (TME) garantidos por níveis de prioridade, por patologias ou grupos de patologias, os utentes são classificados num dos seguintes níveis de prioridade clínica (conforme Regulamento do SIGIC, ponto 74):

- a) Nível 1 – se for admissível que o utente possa esperar até 9 meses;
- b) Nível 2 – se for admissível que o utente possa esperar mais do que 2 meses;
- c) Nível 3 – se for admissível que o utente possa esperar mais do que 15 dias;



d) Nível 4 – Se a intervenção tiver que ocorrer assim que estejam reunidas as condições necessárias à sua realização e em prazo não superior a 72 horas ou durante o período em que o doente está internado.

Merece também destaque a inclusão do registo das cirurgias urgentes no SIGLIC que evitará a perda de tempos operatórios por não cancelamento atempado destas situações, como acontecia até aqui, e o direito concedido ao utente de recusar a transferência do seu hospital para outros hospitais para realizar a cirurgia de que carece, sem que resultem daí consequências no seu posicionamento na LIC.

Algumas destas medidas implementadas vieram na sequência de recomendações do Relatório do Tribunal de Contas de 2007 sobre esta temática que, para além das medidas correctoras propostas, considerava que a adopção do SIGIC está associada a uma diminuição dos tempos médios de espera para cirurgias realizadas.

Quando se olha para trás, para o percurso percorrido, somos forçados a concluir que o processo de gestão das listas de espera para cirurgia teve progressos muito significativos, evoluindo gradativamente de um modelo assente em programas de excepção, dirigido às patologias mais representativas, para um sistema integrado, alargado a todas as patologias, com processos uniformizados de gestão da LIC, que garantem ao cidadão maior oportunidade, transparência e equidade no acesso.

A disponibilização de informação ao cidadão e aos serviços de saúde ainda não é a desejável mas os últimos desenvolvimentos apontam para que a situação seja debelada proximamente.

### 3.3. EVOLUÇÃO DA LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

No final de Março de 2008, a UCGIC disponibilizou informação relativa à evolução das listas de inscritos do SIGIC (2004-2007) onde se destaca:

SIGIC – EVOLUÇÃO DA LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA			
Data	31-12-2005	31-12-2006	31-12-2007
LIC (n.º)	241.425	226.113	199.711
Mediana do Tempo de Espera (TE) – em meses	8.6	6.8	4.4
N.º de utentes com TE superior a 12 meses	88.494	61.850	21.276
% de utentes com TE superior a 12 meses	37%	27%	11%

Fonte: UCGIC

QUADRO 1

O número de doentes inscritos para cirurgia ainda tem uma dimensão considerável, contudo tem vindo a diminuir nos últimos 2 anos (17%), mas mais significativo tem sido a redução do tempo de espera, expresso através da diminuição para metade do valor da mediana (a ‘mediana do tempo de espera’ é o tempo de espera situado no centro da distribuição dos tempos de espera dos utentes inscritos em LIC, 50% dos quais aguarda acima e os restantes 50% abaixo daquele valor central – ponto 32 do Regulamento do SIGIC) verificado em 2005.



Este é, sem dúvida, o factor mais relevante para medir a acessibilidade do utente ao sistema e aquele que sofreu um impacto mais profundo: um utente não quer saber quantos utentes estão à espera de cirurgia, mas quanto tempo vai demorar até ele ser operado (e, neste dois anos, esse tempo foi reduzido para metade).

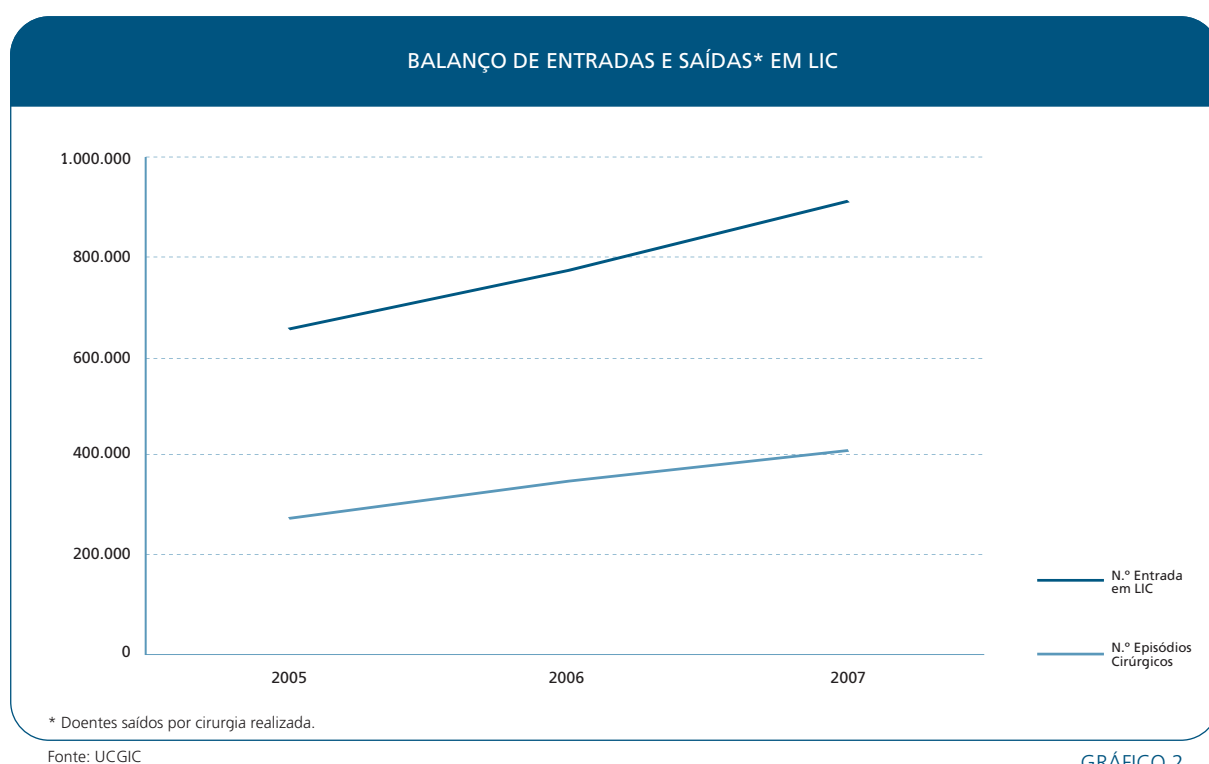


GRÁFICO 2

Mais relevante se torna o resultado obtido na diminuição do tempo de espera por se constatar que o número de entradas em LIC tem vindo a crescer, curiosamente ao mesmo ritmo (17%) que o aumento da produção cirúrgica directamente relacionada com o SIGIC.

Para este resultado, muito contribui a expressão do número de casos que são expurgados (em 2007, um terço dos doentes referenciados saíram da LIC por terem perdido a indicação cirúrgica, desistirem ou já terem sido operados fora do SNS –UCGIC, Março 2008) de uma forma sistemática da LIC, consequência, em grande parte, do processo de referenciação que é despoletado sempre que os utentes atingem o tempo máximo de espera.

Para se ter uma noção mais concreta da evolução verificada nos últimos anos, fomos comparar, para as patologias definidas como prioritárias no Programa de Promoção do Acesso, a situação verificada em 2001 com a encontrada em 31 de Dezembro de 2007, quanto ao número de inscritos para cirurgia e ao tempo de espera. Para tal, circunscrevemos a análise à informação existente na ARS Norte (o tempo de espera era medido pela média e pela mediana), comparando o conjunto de procedimentos que estavam associados aqueles grupos nosológicos.



## PRIORIDADES CLÍNICAS DO PPA NA REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE – COMPARAÇÃO COM A SITUAÇÃO ACTUAL

ARS NORTE PRIORIDADES CLÍNICAS	Número de Doentes				Mediana (Dias)			
	1999	PPA 2000	2001	SIGIC 2007	1999	PPA 2000	2001	SIGIC 2007
Adenoma prostático	771	844	781	450	1.279	924	406	110
Cataratas	3.947	3.636	2.398	6.162	410	318	252	109
Cirurgia ouvido	6.846	5.273	4.241	1.253	1.326	687	867	165
Colecistectomias	2.406	3.743	3.268	2.563	434	395	423	129
Hérnias	5.437	8.390	7.217	4.208	528	401	381	116
Hérnias discais	549	1.026	1.054	1.101	515	381	528	154
Próteses da anca	951	1.262	1.283	1.117	499	333	333	104
Septoplastias	2.756	3.929	4.399	2.535	779	598	628	172
Varizes	6.362	7.131	5.327	6.302	1.016	811	532	171
<b>Total</b>	<b>30.025</b>	<b>35.234</b>	<b>29.968</b>	<b>25.691</b>	<b>690</b>	<b>514</b>	<b>487</b>	<b>140</b>

Fonte: ARS Norte

QUADRO 2

Esta análise é condicionada pelas especificidades próprias de cada programa (no SIGIC, há paragem da contagem do tempo de espera em situações determinadas) contudo, parece poder traduzir os ganhos de acessibilidade verificados.

## EVOLUÇÃO DA MEDIANA DO TEMPO DE ESPERA NA REGIÃO NORTE (2001-2007)

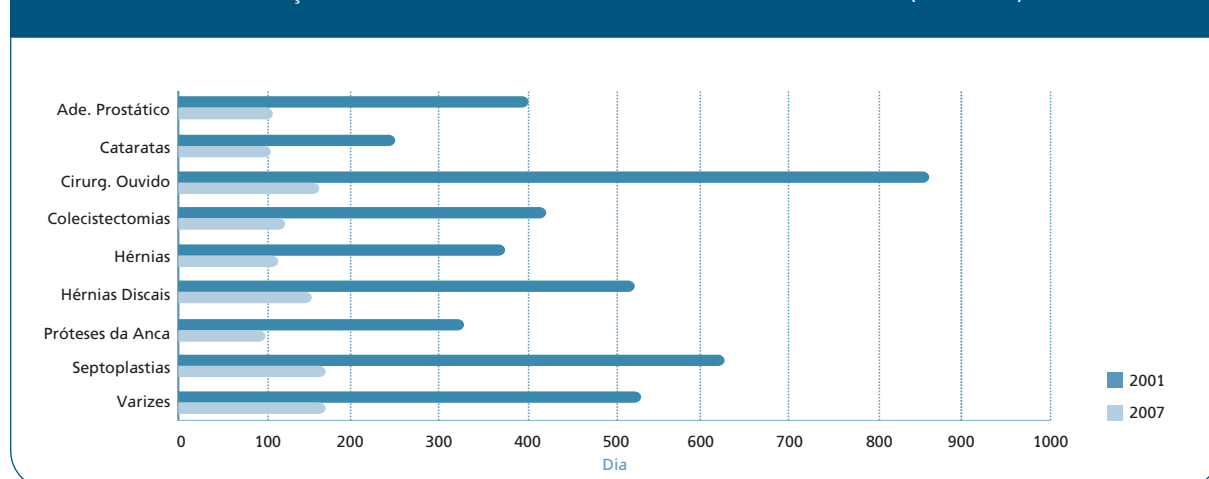


GRÁFICO 3



### 3.4. IMPACTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NA DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA

Sabe-se que o aumento da capacidade produtiva tende a encurtar a espera média e a reduzir o número de casos em espera, havendo vários estudos que o confirmam (Justo, Cipriano).

A cirurgia de ambulatório, ao maximizar os tempos operatórios e ao incluir como procedimentos elegíveis as patologias mais prevalentes em lista de espera, pode e deve ser um impulsionador da redução da espera cirúrgica nos hospitais.

De facto, dos 10 diagnósticos mais frequentes nas listas de espera dos hospitais, apenas um (osteartrose e doenças associadas) não é passível de realização em ambulatório.

OS 20 DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES EM LIC A 31-12-2007

Código ICD9	Descrição	N.º Utentes em LIC	Mediana do TE ( meses )
366	Catarata	24.275	3,9
454	Varizes das extremidades inferiores	15.855	5,57
715	Osteoartrose e doenças associadas	12.459	4,57
550	Hernia inguinal	9.358	4
474	Doença crónica das amígdalas e adenóides	8.058	5,25
574	Colelitíase (litiase biliar)	7.705	4,17
470	Desvio do septo nasal (adquirido)	5.882	5,77
354	Mononeurite do membro superior e mononeurites múltiplas	5.469	3,43
553	Hernia da cavidade abdominal não operada, sem obstrução ou gangrena	4.963	4,4
717	Desarranjos internos do joelho	4.041	4,43
278	Obesidade e hiperalimentação NCOP	4.023	7,77
727	Transtornos da sinovial, dos tendões e da bolsa sinovial, NCOP	3.568	3,87
722	Transtornos dos discos intervertebrais	3.397	5,93
735	Deformidades adquiridas dos artelhos	3.024	4,53
605	Prepúcio redundante e fimose	2.459	4,1
600	Hiperplasia da próstata	2.428	4,8
611	Doenças da mama NCOP	2.406	6,53
618	Prolapso genital	2.301	3,87
621	Afeções do útero não classificadas em outra parte	2.162	2,3
218	Leiomioma uterino	2.044	2,8

\* agregados a 3 caracteres

Fonte : UCGIC: SIGLIC (Data de extração: 23-01-2008)

QUADRO 3



Para aferirmos o potencial de crescimento que a cirurgia de ambulatorio pode vir a ter, avaliou-se a representatividade dos procedimentos cirúrgicos ambulatorizáveis no total das inscrições em lista, bem como o peso relativo que tem cada um dos procedimentos passíveis de serem executados neste tipo de regime cirúrgico.

DISTRIBUIÇÃO NA LIC DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SEGUNDO O SEU POTENCIAL DE EXECUÇÃO EM AMBULATÓRIO						LIC a 31-12-2007
A		B		C		Total
90.327	45%	16.797	8%	92.850	46%	199.974
A = Procedimentos mais frequentemente realizados em regime ambulatorio; B = Procedimentos não universalmente realizados em regime ambulatorio; C = Procedimentos não realizáveis em regime ambulatorio						
A – PROCEDIMENTOS MAIS FREQUENTEMENTE REALIZADOS EM REGIME AMBULATORIO				Código ICD9 -CM	Total em LIC	
Artroscopia do joelho				80.26	3.197	
Excisão de cartilagem semilunar do joelho				80.6	885	
Extracção cirúrgica de dente NCOP				23.1	403	
Operação no cristalino (cirurgia de catarata)				13.1 a 13.6	22.133	
Reparação de hérnia inguinal				53.0 a 53.1	9.147	
Reparação de hérnia femoral				53.2 a 53.3	335	
Reparação de hérnia umbilical				53.4	1.955	
Reparação de outro tipo de hérnia				53.9	140	
Dilatação e curetagem do útero, NCOP				69.02 + 69.09	454	
Laqueação e stripping de veias varicosas				38.59	14.666	
Amigdalectomia (sem adenoidectomia)				28.2	1.577	
Amigdalectomia com adenoidectomia				28.3	4.611	
Adenoidectomia sem amigdalectomia				28.6	2.222	
Miringotomia com inserção de tubo				20.01	961	
Destr / oclusão endoscópica bilateral das trompas de Falópio				66.2	934	
Operação nos músculos extraoculares (estrabismo)				15.0 a 15.9	661	
Reparações e operações plásticas no nariz (rinoplastia)				21.8	4.204	
Excisão local de lesão da mama				85.21	626	
Hemorroidectomia				49.43 a 49.46	1.253	
Excisão de quisto ou sinus pilonidal				86.21	1.975	
Circuncisão				64.0	2.357	
Libertação de contractura de Dupuytren (fasciotomia da mão)				82.35	1.081	
Libertação do túnel cárpico				04.43	5.219	
Orquidectomia e orquidopexia				62.3 a 62.5	622	
Vasectomia e laqueação do canal deferente				63.7	78	
Excisão e reparação de calo e outras deform dedos pés				77.51 a 77.59	2.649	
Extracção de prótese de fixação interna de osso				78.6	2.394	
Exérese de quisto de Baker				83.39	949	
Abortamento cirúrgico				69.01 + 69.51	3	
Fístula ou Fissura anal				49.73 + 49.79	19	
Incontinência Urinária Feminina				59.79	1.355	
Histeroscopia				68.12	1.262	
TOTAL GRUPO A					90.327	

(continua na página seguinte)



B – PROCEDIMENTOS NÃO UNIVERSALMENTE REALIZADOS EM REGIME AMBULATÓRIO		
	Código ICD9 -CM	LIC
Lobectomia unilateral da tiróide	06.2	677
Colecistectomia laparoscópica	51.23	6.127
Cirurgia antirefluxo por laparoscopia	44.64 a 44.66	709
Prostatectomia transuretral	60.2	1.246
Histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (LAVH)	68.51	
Reparação de cistocelo e rectocelo	70.5	993
Excisão ou destruição de disco intervertebral	80.5	2.867
Reparação dos ligamentos cruzados do joelho	81.43 + 81.45	351
Mamoplastia redutora bilateral	85.32	1.586
Mastectomia	85.4	260
Abdominoplastia	86.83	1.981
<b>TOTAL GRUPO B</b>		<b>16.797</b>

Como se constata no quadro 4, mais de metade (54%) dos doentes inscritos para cirurgia nos hospitais do Continente podem potencialmente ser resolvidos em regime ambulatorio.

Apesar disso, apenas 21% das propostas cirúrgicas tinham registo de indicação para que a cirurgia se realizasse em ambulatorio. Importa, pois, mudar esta prática.

DISTRIBUIÇÃO DA LIC A 31-12-2007 POR REGIÃO E TIPO DE CIRURGIA PROPOSTA				
Região	Tipo de cirurgia	n.º de Utentes	Mediana do TE (em meses)	% Propostas Cirúrgicas com indicação para Ambulatório
LVT	Ambulatório	14.958	4,33	23%
	Convencional	51.377	4,87	
Norte	Ambulatório	13.364	2,77	21%
	Convencional	51.519	4,4	
Centro	Ambulatório	11.979	3,5	21%
	Convencional	43.754	5,23	
Algarve	Ambulatório	1.323	2,27	16%
	Convencional	6.843	5,1	
Alentejo	Ambulatório	1.003	2,2	22%
	Convencional	3.591	2,8	
País	Ambulatório	42.622	3,37	21%
	Convencional	157.089	4,8	
<b>País</b>	<b>TOTAL</b>	<b>199.711</b>	<b>4,37</b>	<b>100%</b>

Fonte: SIGLIC. Data de extracção 23-01-2008

QUADRO 5



### 3.5. MEDIDAS PRECONIZADAS

Os procedimentos elegíveis para ambulatório (Grupo A) devem ser assinalados por defeito na proposta cirúrgica como tendo indicação para ambulatório, havendo necessidade de explicitar a sua não inclusão, quando razões clínicas, sociais ou outras se sobreponham a esta indicação.

**Responsável:** ACSS, UCGIC, hospitais.

**Prazo para execução:** Ano de 2008.

### 3.6. LEGISLAÇÃO

- 1 – Despacho 16/1986, de 26 de Maio – Acesso dos utentes do SNS às entidades privadas contratadas.
- 2 – Lei n.º 27/1999, de 3 de Maio – Programa de Promoção do Acesso.
- 3 – Portaria n.º 787/99 de 2 de Setembro – Tabela de preços a praticar no PPA.
- 4 – Portaria n.º 177/2000 de 23 Março – Ajustamentos de preços e patologias.
- 5 – Portaria n.º 186/2000 de 31 de Março – Inclusão dos IPO.
- 6 – Portaria n.º 1156/2000 de 5 de Dezembro – aditamento às patologias oncológicas.
- 7 – Portaria n.º 163-A/2001 de 6 de Março – Ajustamentos de preços e aditamento de patologias.
- 8 – Portaria n.º 1397/2002, de 26 de Outubro – Programa Especial de Combate às Listas de Espera – PECLEC.
- 9 – Portaria n.º 1234/2003 de 22 de Outubro – Tabela de preços PECLEC.
- 10 – Portaria n.º 816/2004 de 15 de Julho – Aditamentos de novos actos e respectivos GDH.
- 11 – Portaria n.º 1450/2004 de 25 de Novembro – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia –SIGIC.
- 12 – Despacho n.º 24 036/2004 de 29 de Outubro – Tabela preços SIGIC.
- 13 – Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro – Novo Regulamento do SIGIC.
- 14 – Justo, Cipriano. Porque esperamos? – contribuição para o estudo do acesso aos cuidados de saúde. Campo da Comunicação, Lisboa, 2004.



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 4.1. ESTUDO DE PERCEPÇÃO SOBRE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Para enquadrar a preparação do Plano de Desenvolvimento Nacional para a Cirurgia de Ambulatório (PDNCA), foi realizado um Estudo sobre Percepção e Satisfação com a Cirurgia de Ambulatório, que teve por objectivo conhecer a percepção e satisfação da utilidade e prática actual dos cuidados de saúde ao nível da Cirurgia de Ambulatório, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), dos doentes intervencionados em Cirurgia de Ambulatório e dos cidadãos, em geral.

Os dados completos do estudo elaborado pela IESE (Instituto de Estudos Sociais e Económicos) - concepção, metodologia, selecção de amostras, resultados e conclusões - podem ser consultados em Anexo.

Ainda no âmbito do Estudo e com o objectivo de enriquecer os dados obtidos da inquirição de cidadãos, doentes e profissionais de saúde, foi conduzido também um conjunto de entrevistas institucionais. Estas foram centradas na abordagem de entidades com intervenção e reflexão acumulada em dimensões-chave da organização e funcionamento da Cirurgia de Ambulatório, designadamente: Associação de Utentes 'Plataforma Saúde e Diálogo'; Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório; Unidades de Cirurgia de Ambulatório de dois hospitais.

As ideias principais, a analisar pelos interlocutores indicados, foram sistematizadas nos seguintes tópicos:

- a) Caracterização e apreciação da adequação da prática de Cirurgia de Ambulatório: potencial de estruturação da oferta de especialidades para o modelo de ambulatório; principais vantagens e desvantagens associadas à CA;
- b) Constrangimentos na prática de Cirurgia de Ambulatório e perspectivas de evolução futura: factores limitativos de uma prática mais alargada de CA e medidas prioritárias para a implementação da CA em Portugal;
- c) Grau de satisfação face à Cirurgia de Ambulatório: percepção dos inquiridos acerca da satisfação dos profissionais de saúde e cidadãos em relação à CA;
- d) Monitorização da qualidade da CA: identificação de indicadores de monitorização da qualidade da CA e boas práticas desenvolvidas a nível europeu.

Os resultados destas entrevistas podem ser assim resumidos:

#### a) Caracterização e apreciação da adequação da prática de Cirurgia de Ambulatório

A capacidade de intervenção cirúrgica decorrente do modelo de ambulatório é reconhecida, de modo praticamente generalizado, como uma importante vantagem, com impactos organizacionais e sociais expressos através da redução das listas de espera cirúrgicas.

Na perspectiva do utente, destacam-se, sobretudo, vantagens associadas às condições para a recuperação no pós-operatório. A opção pela recuperação no ambiente familiar do doente tem subjacente um paradigma centrado no doente, que defende uma atitude pró-activa do intervencionado, como forma de facilitar a sua própria recuperação, e de maior proximidade, na medida em que pode beneficiar de um acompanhamento mais personalizado, com o doente a contactar com uma equipa fixa de profissionais, desde o período pré-operatório até às consultas de 'follow-up', posteriores à cirurgia.



Os representantes de Associações de Doentes e de Promotores de Saúde, também valorizam as vantagens associadas à recuperação dos cidadãos no seu ambiente familiar, factor potenciador de uma recuperação mais rápida, destacando os casos particulares das crianças e dos idosos.

As desvantagens identificadas pelos entrevistados situam-se ao nível do próprio doente, que passa a ter que suportar despesas associadas às deslocações ao Hospital e à aquisição de medicamentos.

Ainda no campo das desvantagens, são referidas as consequências resultantes da necessidade de acompanhamento por parte de familiares, que pode exigir alguns dias de absentismo no trabalho, pelo menos de um dos elementos do agregado, com reflexos negativos na situação profissional dos indivíduos.

Estas questões ganham dimensão acrescida no caso das crianças e dos idosos, grupos mais dependentes dos cuidados de outrem, e levantam preocupações que se prendem com as práticas de conciliação entre a actividade profissional e a vida pessoal das famílias. Sobre este assunto, a Plataforma sugere alterações regulamentares que assegurem maior flexibilidade na atribuição de licenças de apoio à família, capazes de responder adequadamente às necessidades de acompanhamento mais prolongado aos familiares.

Ao nível económico e organizacional, são, sobretudo, salientadas vantagens, designadamente: a racionalização da despesa em saúde (com a transferência para as famílias de parte dos custos do internamento); a redução das listas de espera cirúrgicas; o aumento da eficiência hospitalar devido à maior rotatividade na ocupação de camas; e a maior rentabilidade dos recursos existentes, na medida em que permite planear a Unidade e gerir os recursos humanos de forma a manter taxas de ocupação elevadas dos blocos operatórios.

#### **b) Constrangimentos na prática de Cirurgia de Ambulatório e perspectivas de evolução futura**

Os entrevistados são unânimes em considerar que existe espaço para um maior investimento na Cirurgia de Ambulatório em Portugal, contribuindo para aumentar as taxas de CA das instituições de saúde, em aproximação ao que são os valores de referência a nível internacional.

A maioria dos hospitais nacionais está a investir no desenvolvimento de unidades de CA, o que, na opinião dos entrevistados, é bastante positivo, uma vez que é desejável a existência futura de uma unidade de CA em todos os hospitais.

O panorama nacional é, actualmente, diversificado, com as instituições de saúde a apostarem diferentemente na CA e a desenvolverem diferentes tipos de estruturas, distinguindo-se, sobretudo, três situações: hospitais sem Unidade de CA; hospitais com Unidade de CA em fase de implementação, sobretudo com circuitos integrados (i.e., com utilização partilhada do bloco operatório); hospitais com Unidade de CA em pleno desenvolvimento, com circuitos independentes ou mistos.

Em matéria de constrangimentos a uma maior implementação da CA no nosso país, a sistematização de resultados das entrevistas, sobretudo, no segmento hospitalar, permite sinalizar os constrangimentos-tipo seguintes:

- Constrangimentos logísticos;
- Constrangimentos de ordem política;
- Constrangimentos de recursos humanos.

Em termos futuros, perspectiva-se a transformação das grandes estruturas hospitalares que existem actualmente, como o Hospital de Santa Maria, o Hospital de São João ou os Hospitais da Universidade de Coimbra, em dois tipos



de instituições com funções distintas: uma de maior dimensão, dedicada sobretudo à resposta a situações de urgência, a grandes traumatizados e cirurgias de grande complexidade, e outra instituição dirigida, sobretudo, a responder a situações de menor complexidade, que passa a integrar o serviço de ambulatório e o hospital de dia, e beneficia de um modelo próprio de organização.

#### c) Grau de satisfação face à Cirurgia de Ambulatório

No que respeita aos médicos, a actividade em Cirurgia de Ambulatório permite que o profissional percepcione mais rapidamente o resultado do seu trabalho, na medida em que pouco tempo depois de operar um doente está em condições de apreciar os seus critérios de alta, sendo esse um factor de motivação. O acompanhamento continuado do doente, que passa desejavelmente por seguir e aconselhar o mesmo tanto nas consultas pré-operatórias, como após a sua recuperação, assim como por possuir mais informação sobre as suas condições sócio-familiares, deve ser igualmente um factor estimulante para o profissional de saúde.

No entanto, observa-se a presença de elementos de resistência entre os profissionais, com origem, sobretudo, no facto da Cirurgia de Ambulatório representar uma responsabilidade acrescida para o profissional de saúde, que tem de assumir que o doente intervencionado cumpre todos os critérios de alta.

A constituição de equipas fixas de profissionais (com menor rotação, sem que implique exclusividade) pode ser encarada pelos intervenientes como um factor motivador, no sentido em que estimula a partilha de conhecimento e a criação de relações de trabalho mais fortes entre si.

A implementação de medidas que vêm alterar as práticas habituais dos profissionais estimulam, normalmente, reacções de resistência à mudança, o que também parece acontecer no caso da Cirurgia de Ambulatório. A sua implementação vem exigir um esforço de organização acrescido por parte dos profissionais, que passam a ter que, entre outros requisitos, preparar documentação específica para distribuir pelo doente, e assumir protocolos internos e maiores riscos associados à alta precoce.

Os profissionais de saúde entrevistados consideram muito positiva a receptividade dos cidadãos face à CA, destacando como factores determinantes na opção dos cidadãos pela CA, o conforto de recuperar em casa, a diminuição do risco de infecção por contacto com o meio hospitalar e a perspectiva de uma recuperação mais rápida.

#### d) Monitorização da qualidade da CA

As instituições de saúde recolhem, actualmente, um conjunto de Indicadores que devem constar de um Dispositivo de Monitorização da Qualidade da CA, nomeadamente:

- taxa de retoma de actividade profissional ao fim de 30 dias;
- taxa de cancelamento de cirurgia (n.º total de doentes marcados/n.º total de doentes marcados, mas não operados);
- taxa de admissão hospitalar (n.º total de doentes indicados para CA que são internados/n.º total de doentes operados);
- taxa de reintervenção cirúrgica no mesmo dia da operação (n.º total de doentes reintervencionados no mesmo dia da operação/ n.º total de doentes operados);
- taxa de readmissão hospitalar em 30 dias/total de doentes operados (este cálculo é feito sem despistar o motivo da readmissão).



Na óptica da monitorização do PDNCA, deverão ser criadas condições para aumentar o rigor e fiabilidade dos indicadores quantitativos recolhidos.

A Plataforma considera que, para além de indicadores de natureza quantitativos, os hospitais devem produzir mecanismos de acompanhamento que avaliem a satisfação dos cidadãos intervencionados, incluindo o grau de segurança percebido pelos utentes em relação ao processo de CA.

A recolha de informação sobre a satisfação dos utentes é já uma prática levada a cabo por alguns hospitais. No entanto, os entrevistados consideram que os profissionais ainda não incorporaram essa tarefa como fundamental e os dados recolhidos nem sempre são analisados, por falta de disponibilidade de recursos humanos.

## 4.2. PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Este capítulo compreende a apresentação sistematizada dos principais resultados do Diagnóstico obtidos através da análise dos dados extraídos dos Inquéritos aos vários públicos-alvo.

No processo de inquirição levado a cabo neste Estudo há que destacar a robustez das amostras alcançadas em cada um dos inquéritos aplicados:

- Inquérito a cidadãos: 506 inquéritos válidos (objectivo inicial: 500);
- Inquérito a médicos: 547 inquéritos válidos (objectivo inicial: 400);
- Inquérito a enfermeiros: 799 inquéritos válidos (objectivo inicial: 300);
- Inquéritos a cidadãos intervencionados em CA: 401 inquéritos (objectivo inicial: 400).

Com os níveis de resposta alcançados, foi passível cumprir os objectivos amostrais delineados tecnicamente pela IESE, e no caso dos médicos e enfermeiros ultrapassar significativamente as metas pretendidas, o que garante robustez da análise.

Os três grandes pontos deste capítulo sistematizam a informação empírica resultante destes processos de inquirição e são apresentados por grupo-alvo de estudo, sendo os resultados organizados pelas variáveis-chave de Diagnóstico da percepção e satisfação com a Cirurgia de Ambulatório.

### 4.2.1. A percepção dos Cidadãos sobre a Cirurgia de Ambulatório

A amostra de cidadãos é constituída por 506 inquiridos, com a seguinte distribuição por sexo: 53% de mulheres e 47% de homens.

#### 4.2.1.1. Conhecimento da Cirurgia de Ambulatório

O conhecimento da população sobre a Cirurgia de Ambulatório pode ser considerado relativamente elevado. Com efeito, cerca de um terço dos cidadãos inquiridos identificam imediatamente o tema e 58% consideram que já ouviram falar em CA, após ouvirem a sua definição.

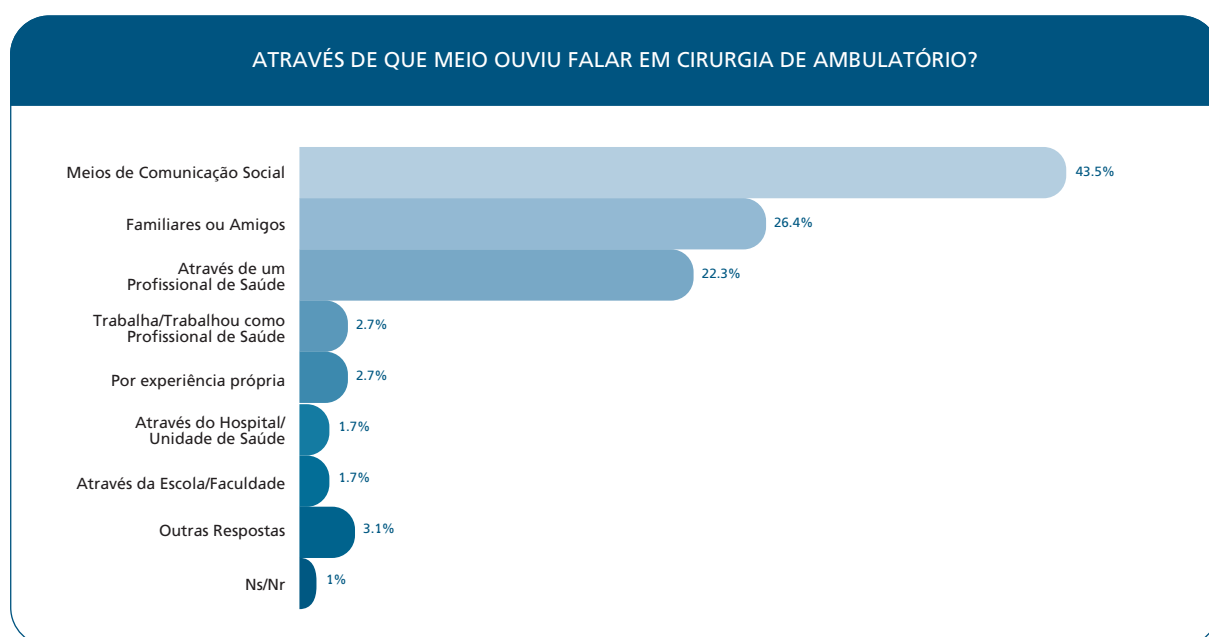
São os mais jovens, com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, que menos identificam o tema, o que não é de estranhar, na medida em que é um tema afastado dos principais focos de interesse dos jovens.



A visibilidade da CA evidencia diferenças regionais, destacando-se a região do Grande Porto e, em segundo plano, o Sul, como as zonas do país onde mais cidadãos reconhecem o significado da Cirurgia de Ambulatório. Do lado oposto, é no Interior e Litoral Centro que se localizam os cidadãos menos informados.

A eficácia dos meios de comunicação social para veicular informação sobre os mais diversos temas é incontestável e os resultados deste Inquérito comprovam-no uma vez mais, já que este recurso é a principal fonte de informação dos cidadãos acerca da Cirurgia de Ambulatório.

Cerca de metade dos cidadãos que já ouviram falar em Cirurgia de Ambulatório tomaram conhecimento do tema através dos meios de comunicação social.



Fonte: Inquérito de Percepção dos Cidadãos sobre a Cirurgia de Ambulatório, IESE, 2008.

GRÁFICO 1

O papel dos contactos de familiares/amigos ou profissionais de saúde na transmissão dessa informação é também bastante significativa.

Os inquiridos também receberam informação acerca da CA por intermédio das suas seguradoras, por pesquisa na Internet ou através de contactos que estabelecem no seu contexto profissional.

#### 4.2.1.2. Percepção dos inquiridos sobre a CA, com base na sua experiência pessoal

Do universo de 506 pessoas inquiridas, 55,9% (283) já foram operadas. É sobre estes cidadãos (com experiência de operação) que incide este bloco de questões.



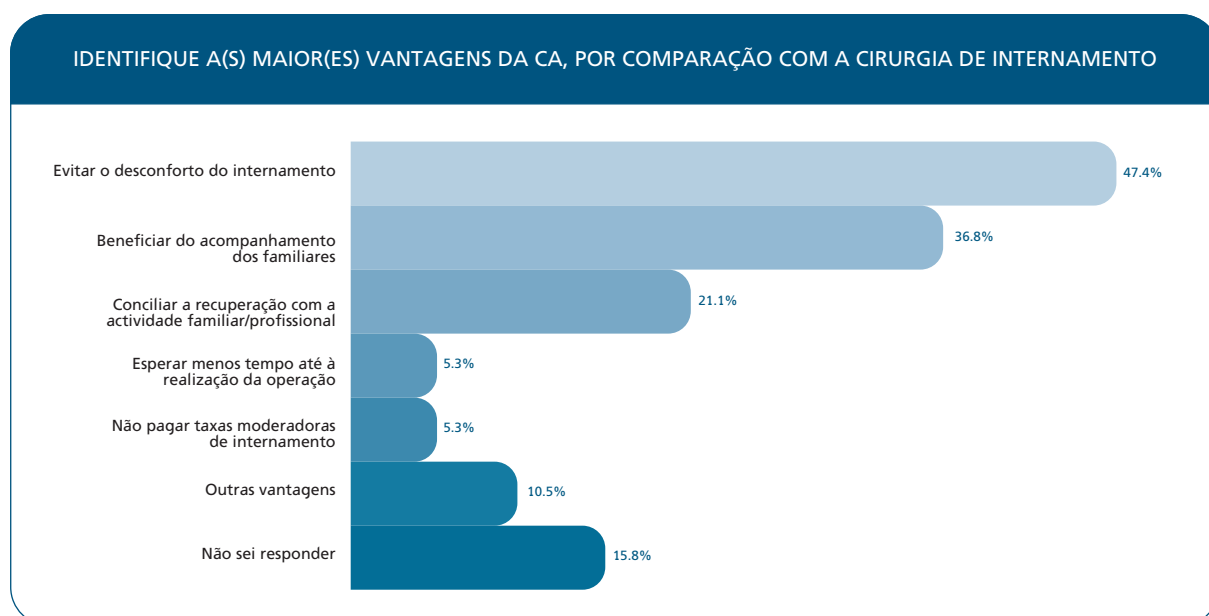
No grupo de inquiridos que já foram operados, verifica-se que a grande maioria ficou internada após a operação (73,5%), cerca de 20% nunca ficou internado e menos de 7% do total de cidadãos inquiridos passaram por ambas as situações, internamento e ambulatório.

O conforto de recuperar de uma operação em ambiente familiar é fortemente valorizado pelos cidadãos, que não deixam de mostrar preocupação com o acompanhamento médico que lhes é prestado durante a recuperação.

Os resultados permitem destacar duas vantagens evidentes, ambas relacionadas com o conforto decorrente de recuperar de uma operação em ambiente familiar:

- evitar o desconforto do internamento (referido em 47,4% dos casos) e
- beneficiar do acompanhamento dos familiares (destacado em 36,8% dos casos).

Com um peso significativo, destaca-se também a vantagem de poder conciliar o período de recuperação com a actividade profissional e familiar dos intervencionados.



Fonte: Inquérito de Percepção dos Cidadãos sobre a Cirurgia de Ambulatório, IESE, 2008.

GRÁFICO 2

O contraponto mais forte a estas vantagens prende-se com o facto de o cidadão intervencionado que opta por recuperar em casa não beneficiar do acompanhamento directo e sistemático de um profissional de saúde.

Esta situação vem reforçar a importância de transmitir ao cidadão intervencionado a confiança necessária para que este entenda que a opção de recuperar em casa respeita as condições médicas e sociais em que se encontra.



Igualmente, é importante garantir a facilidade e rapidez do acesso dos cidadãos intervencionados aos profissionais de saúde (p.e., através da disponibilização de um contacto telefónico directo), de forma a responder eficazmente às suas necessidades de apoio e esclarecimento.

Há receptividade à possibilidade de recuperar em casa após uma cirurgia, para mais de 40% dos inquiridos que já passaram pela experiência de uma intervenção cirúrgica.

Quando confrontados com a situação hipotética de serem submetidos a uma nova intervenção cirúrgica e com a possibilidade de escolha entre ficar internado ou recuperar em regime de ambulatório, a maioria dos inquiridos opta por esta última alternativa.

Os idosos têm menos dúvidas em relação à sua preferência (comparativamente com os restantes grupos etários, são os que menos respondem 'não sei') e optam preferencialmente pelo internamento hospitalar.

Para 54% dos respondentes, a extinção das taxas moderadoras pode ser um factor mobilizador dos cidadãos para a opção pela CA.

#### 4.2.1.3. Percepção dos inquiridos sobre a CA, sem experiência pessoal

Do universo de 506 pessoas inquiridas, 223 (44,1%) nunca foram operadas, ou seja, a percepção que têm sobre a CA não se constrói com base na sua experiência pessoal. É sobre estes cidadãos (sem experiência de operação) que incide este bloco de questões.

No grupo de inquiridos que nunca foram operados, cerca de 27,4% conhecem alguém que já foi operado em regime de CA e a sua percepção acerca dos resultados dessa experiência é muito positiva, com 93% dos inquiridos a afirmar que a operação dos seus familiares/amigos correu bem.

Nunca ter sido submetido a uma intervenção cirúrgica não inibe a receptividade dos cidadãos à possibilidade de recuperar em casa após uma cirurgia.

A percepção positiva dos cidadãos, acerca da experiência de outrem em ambulatório, contribui para justificar o número significativo de inquiridos que, sem nunca terem sido submetidos a uma intervenção cirúrgica, mostram receptividade à possibilidade de recuperar em casa, caso essa alternativa lhes fosse colocada (48,4%).

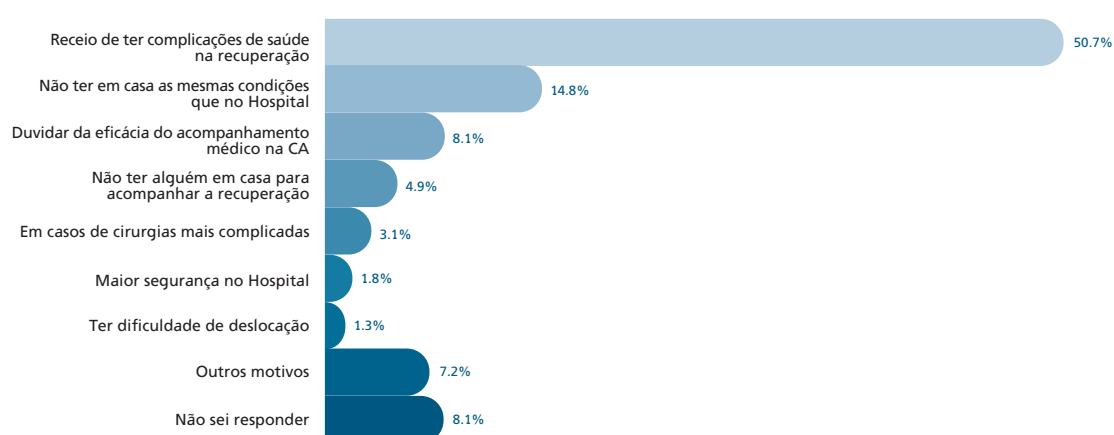
As vantagens e desvantagens da opção por CA assinaladas por quem não possui experiência pessoal quer de internamento, quer de ambulatório, não difere significativamente da apreciação apresentada por quem já experimentou as duas situações.

Uma vez mais, são os factores associados ao conforto do lar que se destacam do lado das vantagens, com uma particularidade: aqueles que já foram operados tendem a atribuir maior significado ao facto de poderem evitar o desconforto do internamento (47,4% de casos), em comparação com o grupo dos cidadãos que nunca foram operados e, como tal, nunca estiveram internados (34,9% de casos).

Do lado da opção pelo internamento, o receio de ter complicações de saúde após a operação (50,7% de casos) e de não possuir, em casa, condições suficientes para responder às necessidades de um pós-operatório (14,8% de casos), são os factores que mais pesam na opção por recuperar no Hospital.



#### QUAL O PRINCIPAL MOTIVO QUE O LEVARIA A OPTAR PELA CIRURGIA DE INTERNAMENTO?



Fonte: Inquérito de Percepção dos Cidadãos sobre a Cirurgia de Ambulatório, IESE, 2008.

GRÁFICO 3

À semelhança da posição dos cidadãos que já tinham sido operados, também a maioria dos cidadãos que nunca foram operados consideram que a extinção de taxas moderadoras na CA pode contribuir para a opção dos cidadãos por essa modalidade.

No entanto, uma vez mais se ressalva o fraco peso deste factor para a decisão dos cidadãos, quando analisado no conjunto dos factores verdadeiramente determinantes: a eliminação das taxas é decisiva para o sentido de resposta de menos de 1% dos inquiridos como o motivo que justificaria a opção por CA.

#### 4.2.2. A percepção dos Profissionais de saúde sobre a Cirurgia de Ambulatório

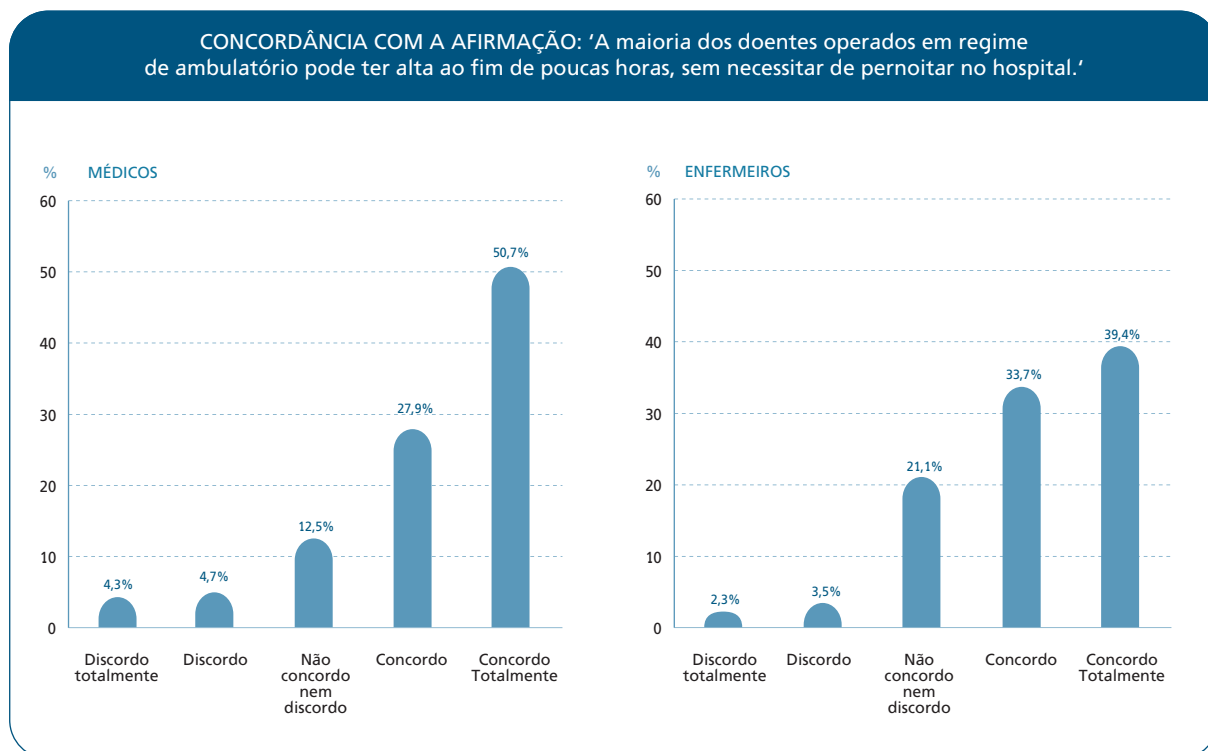
A amostra de médicos obtida cifra-se em 547 inquéritos válidos. Os respondentes são, na sua maioria, homens (60,5%), a trabalhar no sector público (72,2%) e com idades acima dos 36 anos (84,5%). Do total de inquiridos, apenas 11% não pratica CA.

No que respeita à amostra de enfermeiros, foram obtidos 799 inquéritos. Do total de enfermeiros que responderam ao Inquérito, 19% não pratica CA. A amostra obtida é composta por 82% de mulheres e 17% de homens, na sua maioria com idades compreendidas entre os 22 e os 35 anos de idade (47,9% do total de inquiridos). A grande maioria (89,5%) trabalha no sector público. Cerca de 81% do total de enfermeiros trabalha ou já trabalhou num serviço de cirurgia.

##### 4.2.2.1. Percepção dos inquiridos acerca da prática actual de CA

Os profissionais de saúde corroboram a afirmação de que, na maior parte dos casos de Cirurgia de Ambulatório, os cidadãos intervencionados podem receber alta antes de perfazer as 24 horas de internamento, sem que haja necessidade de pernoitar no Hospital.





Fonte: Inquérito de Percepção dos Profissionais sobre a Cirurgia de Ambulatório, IESE, 2008.

GRÁFICO 4

O envolvimento dos profissionais em CA é elevado e há, concomitantemente, um forte interesse nesta prática. Na opinião dos médicos, a margem de progressão do recurso à CA é bastante elevada e há abertura das instituições de saúde para o seu crescimento.

Não se observam diferenciações significativas do envolvimento dos médicos e enfermeiros na CA por regiões ou por tipo de instituição de saúde (público vs. privado).

Os médicos e enfermeiros avaliam de modo muito positivo a receptividade dos vários intervenientes em CA. As maiores reservas registam-se relativamente aos médicos não cirurgiões e à população em geral. Estes dois grupos, sendo os menos envolvidos em CA estarão, naturalmente, menos informados, o que se reflecte na sua avaliação de receptividade.

De uma forma geral, os médicos avaliam a receptividade dos intervenientes em CA de forma mais positiva que os enfermeiros.

#### 4.2.2.2. Satisfação com a prática actual de CA

A apreciação da satisfação dos profissionais de saúde com a prática actual de CA, com base na experiência profissional que desenvolvem na instituição de saúde onde trabalham, compreende dois âmbitos principais de análise: a satisfação face ao processo organizativo da CA e a satisfação face aos procedimentos adoptados na prática de CA.



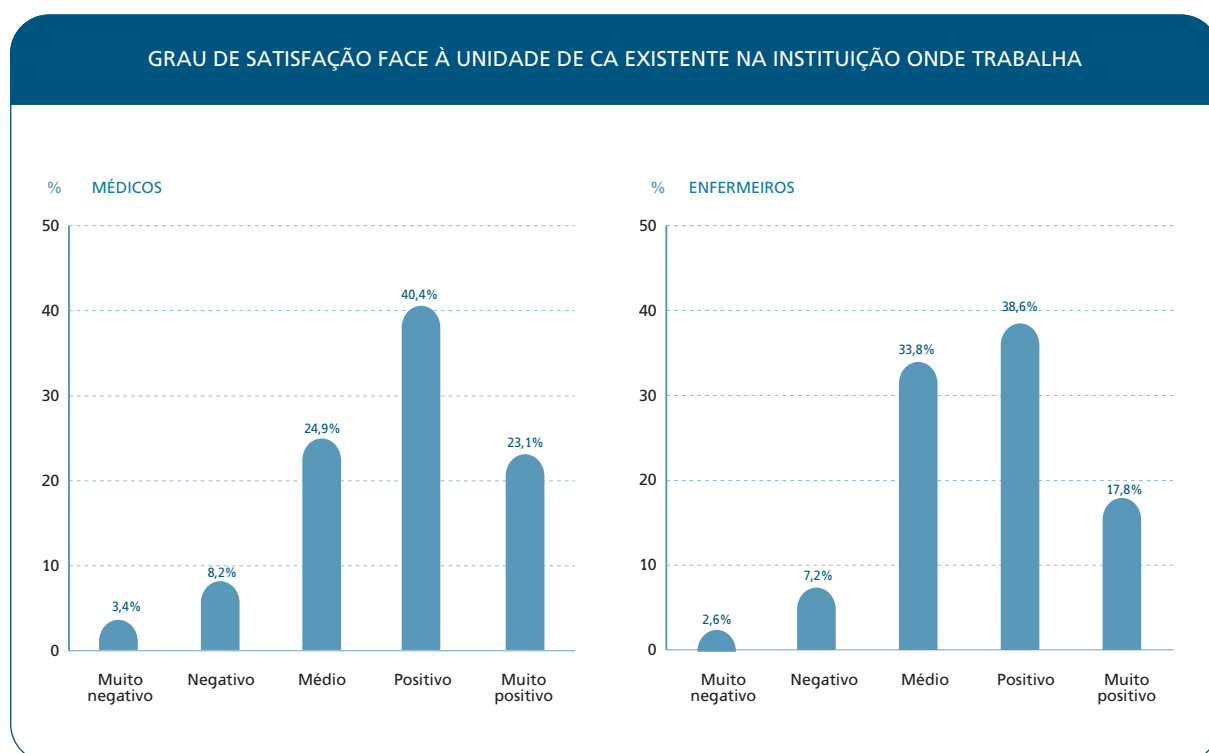
#### 4.2.2.3. Satisfação face ao processo organizativo da CA

Do conjunto de indicadores de avaliação da satisfação com o processo organizativo da CA na sua instituição, emerge uma opinião geral dos profissionais de saúde positiva, embora moderada.

Os enfermeiros são mais críticos em todas as facetas da organização apreciadas e diferenciam claramente o seu grau de satisfação nos vários itens, o que sugere uma maior incidência dos problemas organizativos na esfera de responsabilidade e actuação do pessoal de enfermagem.

O perfil das respostas obtidas permite identificar os elementos do processo organizativo mais valorizados pelos profissionais de saúde, o que constitui uma aproximação ao modelo organizativo que os profissionais entendem como mais desejável assegurar na prática de CA:

- Unidades de CA autónomas;
- Equipas de médicos exclusivas ou não exclusivas, mas privilegiando equipas fixas;
- Equipas de enfermeiros exclusivas ou não exclusivas, mas privilegiando equipas fixas. Os enfermeiros são mais afirmativos na valorização da exclusividade da equipa de enfermagem.



Fonte: Inquérito de Percepção dos Profissionais sobre a Cirurgia de Ambulatório, IESE, 2008.

GRÁFICO 5



#### 4.2.2.4. Satisfação face aos procedimentos adoptados na CA

A aplicação do protocolo de selecção dos doentes é o que regista opiniões mais contrastadas entre médicos e enfermeiros, o que se compreende na medida em que esta é uma responsabilidade exclusiva do médico.

Quanto à aplicação dos restantes protocolos, as diferenças são menos significativas, mantendo-se sempre uma ligeira tendência de apreciação mais negativa por parte dos enfermeiros.

O volume de apreciações não positivas no conjunto dos protocolos sugere que existe ainda uma razoável margem de melhoria na aplicação dos mesmos, pelo que importa aprofundar as causas subjacentes a este panorama, já que se referem a etapas fundamentais na prática de CA.

Os comentários dos inquiridos às questões de resposta aberta do Inquérito fornecem algumas indicações nesse sentido:

- maior exigência na avaliação pré-operatória dos doentes;
- selecção mais rigorosa dos cidadãos a incluir em CA.

A consulta de cirurgia é o primeiro momento de ensino ao doente no processo de encaminhamento para CA. Este é um procedimento fundamental para a formação da opinião e receptividade do doente à solução por CA e deve ser continuado para além da primeira consulta.

No entanto, verifica-se que os médicos cirurgiões, anestesistas e enfermeiros têm percepções diferentes acerca da etapa em que, mais frequentemente, é realizado o ensino ao doente: a maioria dos médicos aponta a consulta de cirurgia (49%); para os enfermeiros, este ocorre sobretudo na consulta de enfermagem (29%) e muitos não sabem em que momento ocorre (35%).

Na opinião dos médicos, a maior adequação do ensino ao doente surge relacionada com o facto de ocorrer, sobretudo, na consulta de anestesia ou na consulta de enfermagem. Para os enfermeiros, é na consulta de enfermagem que o ensino é mais adequado e não na consulta de cirurgia.

No conjunto dos procedimentos adoptados em CA, a questão mais consensual e cuja importância é salientada com mais intensidade pelos profissionais de saúde é a disponibilização do contacto telefónico aos cidadãos intervenccionados (80% consideram este procedimento importante).

Estes resultados, porém, não se encontram reflectidos na prática, de acordo com as respostas dos cidadãos intervenccionados em CA, já que apenas 56% refere lhe ter sido fornecido esse contacto.

#### 4.2.2.5. Percepção acerca da utilidade da CA

A CA é entendida, globalmente, por médicos e enfermeiros, como muito vantajosa quando comparada com a cirurgia convencional.

Para os profissionais de saúde, as maiores vantagens da CA prendem-se com aspectos de natureza organizativa, com impactos ao nível da eficiência dos serviços e da gestão hospitalar:

- maior número de camas disponíveis nos hospitais;
- redução das listas de espera cirúrgicas;
- redução da despesa do SNS.



Nos aspectos médicos, as vantagens desta modalidade são menos evidentes, designadamente:

- redução da taxa de complicação pós-operatória;
- rapidez de recuperação;
- redução do stress nos doentes;
- rapidez no regresso à vida normal.

Nas questões de resposta aberta do Inquérito, os inquiridos destacaram as principais mais valias e inconvenientes da CA, reforçando um conjunto de elementos que, em grande medida, já foram sendo referidos ao longo deste Capítulo.

Quer médicos, quer enfermeiros têm opiniões muito semelhantes, que se descrevem sinteticamente.

As mais-valias da CA distribuem-se por duas grandes esferas: aspectos direccionados para o contexto hospitalar e questões relacionadas com o doente intervencionado:

- **Contexto hospitalar:** destaque para a diminuição das taxas de ocupação e dos dias de internamento, bem como para a redução de riscos e infecções decorrentes da exposição ao ambiente hospitalar. É focada também a percepção de uma maior produtividade das cirurgias realizadas, agilizando os procedimentos em busca de eficiência. São referidos igualmente efeitos a nível económico, decorrentes do decréscimo das despesas e das listas de espera.
- **Contexto do doente:** retomar mais rapidamente as actividades quotidianas e profissionais, ao mesmo tempo que se reconhece a importância da recuperação em ambiente familiar. Os profissionais de saúde evidenciam igualmente o contributo da CA para o conforto e bem-estar do doente e também para a redução dos níveis de ansiedade e stress, aspectos que convergem para uma melhoria global da satisfação por parte dos intervencionados.

No que diz respeito aos inconvenientes, é destacado:

- **Gestão hospitalar:** os aspectos relativos à dificuldade de organização da CA são os mais nomeados no conjunto dos inconvenientes, designadamente, insuficiências de meios estruturais e dificuldades de organização, nomeadamente na gestão de equipas e unidades; formação e receptividade dos profissionais de saúde. É ainda referida a etapa de selecção e triagem dos doentes como requerendo melhorias.
- **Dificuldades de acompanhamento do período pós-operatório:** relativamente à avaliação e controlo das complicações de saúde, difícil acompanhamento e apoio no domicílio, dificuldades de acessibilidade (físicas e de contacto telefónico) com o doente.
- **Contexto do doente:** condições de vida pouco favoráveis, falta de esclarecimento e informação acerca da CA são aspectos sociais apontados como dificuldades na implementação do modelo. Os aspectos de natureza pessoal dizem sobretudo respeito ao receio e insegurança do doente na fase de recuperação.

#### 4.2.2.6. Percepção face ao futuro da CA

Ao nível dos constrangimentos para a execução e pleno desenvolvimento da CA, o grande destaque atribuído pelos médicos recai sobre as condições sociais da população portuguesa e a dificuldade de deslocação dos utentes entre o local de residência e a instituição hospitalar. Do conjunto de factores considerados, este é o factor mais estrutural e, naturalmente, fortemente condicionante da expansão do regime de CA.



No entanto, importa atender, sobretudo, aos constrangimentos que podem beneficiar de intervenções objectivas, como:

- condições físicas dos estabelecimentos de saúde;
- falta de empenho da gestão de topo;
- falta de anestesiólogistas;
- falta de informação da população em geral acerca das características da CA.

Na óptica dos enfermeiros, também os elementos estruturais são condicionantes fortes da CA, assim como as lacunas de informação da população. O reforço das equipas de enfermagem é, para estes técnicos, uma necessidade.

A monitorização da qualidade da CA é um factor unanimemente considerado importante para a expansão deste modelo, o que revela a preocupação por parte dos profissionais em certificar a qualidade do serviço que prestam e em garantir o cumprimento das regras e procedimentos a adoptar no contexto da CA.

A criação de unidades de CA independentes de unidades de internamento, não constitui um factor particularmente relevante na opinião dos profissionais de saúde. Com efeito, o que este dado curioso sugere é que o actual enquadramento físico e organizacional das unidades de CA não é entendido como um factor inibidor do crescimento e funcionamento do ambulatório.

A maioria dos médicos e enfermeiros inquiridos concorda que a CNADCA pode ter um papel importante na sensibilização dos diferentes actores envolvidos na prática de CA, em Portugal.

#### **4.2.3. Satisfação dos Cidadãos intervencionados com a Cirurgia de Ambulatório**

A amostra de cidadãos intervencionados obtida é constituída por 401 inquiridos.

##### **4.2.3.1. Motivos de opção pela Cirurgia de Ambulatório**

A opinião do médico é determinante para a opção tomada pelo utente: apenas 18,6% dos inquiridos apontam motivos concretos para a sua decisão de opção pela CA.

O aconselhamento médico induziu 53,4% dos utentes a optarem, mais ou menos conscientemente ou mais ou menos informados, pela Cirurgia de Ambulatório.

O conselho do médico é determinante e sobrepõe-se, nestes casos, a razões particulares concretas do utente. O utente concorda com as razões apresentadas pelo médico para optar pelo regime de Cirurgia de Ambulatório, sendo esse o factor determinante da sua escolha.

25,7% dos inquiridos referem não lhes ter sido apresentada alternativa à CA.

Sem deixar de constituir uma situação a ter em atenção, há certamente muitos casos em que a avaliação do paciente, do tipo de intervenção, das características do período pós-operatório, das suas condições socio-familiares, da facilidade de acesso ao estabelecimento de saúde, bem como de outros critérios de acesso ao regime de CA, não levantam qualquer tipo de objecções ou preocupações quanto à inclusão em CA.



É interessante realçar que esta situação acontece com maior frequência relativa na zona da Grande Lisboa, onde a proximidade ao estabelecimento de saúde é, em média, maior que nas outras regiões do Continente. Também incide com maior frequência relativa nos doentes desempregados, em que a garantia de permanência em casa é maior.

De qualquer modo, 82% dos doentes que referiram não ter tido alternativa ao regime de CA, se lhes fosse dada essa opção, voltariam a desejar realizar a recuperação em casa.

#### 4.2.3.2. Percepção sobre o período pré-operatório

Nesta etapa, o acesso a informação assume um papel importante na aplicação do protocolo de CA.

A informação e o esclarecimento prévio sobre a cirurgia e os cuidados posteriores a ter pelo paciente apresentam um nível muito satisfatório. Com efeito, a quase totalidade dos intervencionados refere ter recebido a informação necessária quanto ao processo cirúrgico e quanto aos requisitos do período pós-operatório em regime de CA.

Os casos dissonantes, a que necessariamente é preciso prestar atenção, dizem respeito à população mais idosa e com pouca instrução académica. Nestes casos quer devido à maior dificuldade em apreender e memorizar a informação recebida (ou mesmo, no caso da população iletrada, a dificuldade de interpretar instruções escritas), quer devido também à exigência de maior precaução no período pós-operatório, deveria ser realizado um esforço acrescido de esclarecimento e de acompanhamento antes da operação.

O volume de intervencionados que referem não ter sido informados da possibilidade de recurso ao internamento caso surgissem complicações durante a cirurgia, é muito elevado. Sendo a informação um procedimento desejável, há que reflectir a razão de tantos pacientes referirem ausência da mesma, sobretudo tratando-se de uma questão bastante sensível para a opção do paciente pelo CA (e para a sua tranquilidade durante todo o processo).

O Norte Litoral destaca-se positivamente das outras regiões no cumprimento deste procedimento: nesta região, 71,1% dos utentes referem ter sido informados da possibilidade de internamento.

Conhecer as instalações onde decorre o processo operatório (sala de espera, sala de operações, sala de recobro, ...) constitui, sem dúvida, uma vertente muito importante para os pacientes, muito embora seja uma prática ainda pouco frequente.

Ainda que, quando comparado com outro tipo de procedimentos como a disponibilização de informação sobre os cuidados a ter no pós-operatório, a apresentação das instalações onde decorre a operação e o recobro pareça uma prática periférica, ela é muito importante para o doente intervencionado.

De facto, no contexto da CA, é fundamental que o doente sinta absoluta segurança no serviço que lhe é prestado e tomar contacto com as instalações constitui um elemento de confiança, num atendimento que se deseja mais personalizado e humanizado.

A transmissão das regras e cuidados a ter em casa durante o período de recuperação foi bastante efectiva – quer a informação por escrito, quer a informação transmitida pelo médico ou enfermeiros.

Ainda assim, há uma parcela de utentes, que incide com mais frequência nos idosos, que refere a falta desta informação. Também aqui, como já se afirmou anteriormente, a importância de insistir na transmissão destas regras, em particular aos mais idosos, é muito pertinente quer antes, quer depois da operação, na medida em que a cirurgia é, muitas vezes, um processo traumático que favorece o esquecimento.



Em termos geográficos, o Norte Litoral apresenta um nível de esclarecimento superior às outras regiões.

Assim como a visita prévia às instalações, um factor que é muito importante para a tranquilidade do doente e a sua adesão à CA é ficar com o contacto telefónico do agente de saúde que o operou ou acompanhou.

Cerca de 41% dos intervencionados referem não ter ficado com o contacto telefónico de um profissional de saúde, um elemento que a esmagadora maioria considera importante. Saliente-se que neste caso, se nota uma clara correlação entre o estatuto social do utente e o facto de ficar com o contacto: quanto mais elevada é a sua posição social, maior a possibilidade de ficar com o contacto telefónico.

#### 4.2.3.3. Percepção sobre o período pós-operatório

No período pós-operatório, apenas 47,6% dos pacientes receberam um telefonema do hospital na sequência da operação, o que, face à importância que este contacto significa para o paciente, não deixa de representar um valor relativamente baixo.

Os mais penalizados pela ausência de contacto são, também aqui, os mais idosos. Novamente, é crível que este valor possa de algum modo estar sub-avaliado nos estratos etários mais dependentes (jovens e idosos), já que frequentemente os acompanhantes adultos são os responsáveis familiares pela situação do paciente e são estes a estabelecer e a receber os contactos necessários. Ainda assim, este facto não justifica que esta situação aconteça com este nível de frequência.

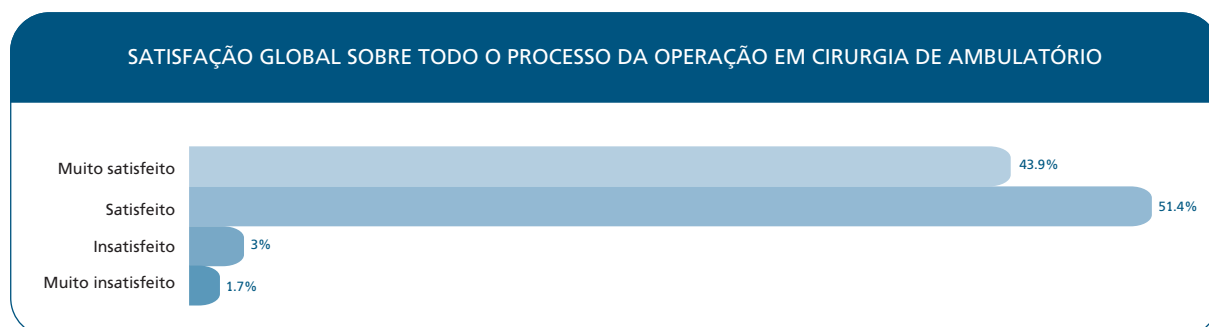
A maioria dos pacientes de CA refere um tempo de recuperação curto, o que é normal dadas as características inerentes a este regime de cirurgia.

A avaliação pessoal do tempo de recuperação face ao que seria expectável se a recuperação se realizasse no hospital é naturalmente subjectiva e reflecte, acima de tudo, a satisfação com a opção pelo regime de CA.

Os resultados sugerem, no entanto, uma avaliação positiva da CA – apenas 11% dos inquiridos pensam que a recuperação teria sido mais rápida em caso de internamento.

#### 4.2.3.4. Satisfação global sobre a Cirurgia de Ambulatório

A satisfação global com o processo de cirurgia em CA é muito elevada: apenas uma parcela muito reduzida de utentes refere uma insatisfação global e o volume dos que se dizem muito satisfeitos é particularmente elevado.



Fonte: Inquérito de Percepção dos Cidadãos intervencionados em CA, IESE, 2008.

GRÁFICO 6



Apesar deste cenário tão positivo, importa distinguir o que diferencia a opinião dos utentes. A correlação do grau de satisfação com as outras questões contempladas no questionário revela alguns aspectos interessantes e que confirmam algumas das ilações já descritas:

Questões que mais se associam ao nível de satisfação mais elevado (muito satisfeito) são:

- ter ficado com o telefone do médico ou enfermeiro do hospital;
- ter recebido um telefonema do hospital depois da operação, para verificar a situação clínica ou esclarecer dúvidas;
- terem sido apresentadas as instalações da unidade onde decorreu a operação;
- ter sido questionado acerca das condições socio-familiares.

Questões que mais se associam aos níveis de satisfação menos elevados (muito insatisfeito/insatisfeito) são:

- não ter sido informado que ficaria internado caso ocorressem complicações na operação;
- não ter sido questionado acerca das condições sócio-familiares;
- não ter tido uma conversa com um médico ou um enfermeiro para conhecer os cuidados e práticas a seguir em casa;
- ter ficado mal esclarecido sobre a cirurgia a que iria ser submetido e os cuidados que deveria ter.

Os aspectos relativos à informação, ao esclarecimento e ao acompanhamento são os mais decisivos na formação da opinião do utente.

O leque de respostas às questões de resposta livre sobre os motivos de satisfação/insatisfação revelam quatro aspectos a assinalar:

- confirmam que a qualidade do atendimento e a atenção e disponibilidade dos profissionais de saúde são factores fundamentais na satisfação do utente;
- confirmam que a assistência e o acompanhamento médico prestado, são positivamente avaliados na CA, mas que pode ser melhorada;
- indicam que o tempo de espera nas várias fases do processo é motivo de insatisfação (a diferença entre os utentes que se dizem satisfeitos e os que se dizem muito satisfeitos decorre também em grande medida deste factor);
- evidenciam a importância dos aspectos médicos na satisfação do doente (o sucesso ou o insucesso da operação e as complicações no período pós-operatório são os elementos que marcam a opinião dos inquiridos).

Porventura, um dos indicadores mais significativos da satisfação dos inquiridos acerca deste regime de cirurgia, reside no facto de considerarem a possibilidade de voltar a optar por esse regime, o que acontece em 88% dos casos.

#### SE HOJE PASSASSE PELA MESMA SITUAÇÃO, VOLTAVA A OPTAR POR FAZER A SUA RECUPERAÇÃO EM CASA?



Fonte: Inquérito de Percepção dos Cidadãos intervencionados em CA, IESE, 2008.

GRÁFICO 7



O acompanhamento dos familiares e o desconforto do internamento são, como é evidente, as principais razões da opção pela CA. Os motivos de maior desconfiança com a CA e a opção pelo internamento prendem-se quase exclusivamente a situações de receio e preocupação com o acompanhamento e a assistência médica no período pós-operatório. Os utentes que tiveram problemas médicos neste período são os que referem mais significativamente essas situações.

Quando questionados directamente sobre se a extinção de taxas moderadoras no regime de CA poderá incentivar a opção por este modelo, a maioria dos inquiridos responde afirmativamente (51%). No entanto, note-se que esse é um factor muito pouco relevante na opção dos cidadãos por CA.

#### 4.2.3.5. Comparação com a experiência de internamento

Do universo de 401 inquiridos, 124 foram operados mais do que uma vez e, pelo menos uma vez, ficaram internados. A estes cidadãos, foi sugerida a comparação entre as duas situações: Cirurgia de Ambulatório e Cirurgia de Internamento.

As razões apontadas como vantagens ou desvantagens e a importância relativa de cada uma delas coincidem quase completamente com as que já foram evidenciadas pelo total de cidadãos intervencionados.

### 4.3. VISÃO DE SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO

A análise cruzada dos elementos analíticos extraídos da inquirição aos cidadãos, cidadãos intervencionados e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), permite retomar as principais dimensões de análise que estiveram na origem do quadro conceptual do Estudo e sistematizar as ideias centrais da percepção e satisfação dos inquiridos acerca da prática actual, utilidade e percepção face ao futuro da Cirurgia de Ambulatório.



Na dimensão 'Percepção da prática actual', a informação recolhida permite caracterizar o grau de informação e de receptividade dos cidadãos e cidadãos intervencionados em relação à CA, assim como a satisfação global dos cidadãos intervencionados. Na óptica dos profissionais de saúde, caracteriza-se o seu envolvimento na CA e a percepção que têm das práticas cirúrgicas passíveis de realizar sob este modalidade, assim como a satisfação acerca da prática actual, em termos de organização institucional e procedimentos implementados.



Na dimensão 'Utilidade', são identificadas as principais vantagens e desvantagens da CA, na óptica dos cidadãos e dos profissionais de saúde.

Na dimensão 'Percepção face ao futuro', destacam-se, na óptica dos profissionais, os principais constrangimentos a uma implementação mais alargada da CA e quais os factores-chave para essa evolução.

#### **4.3.1. Percepção da prática actual**

##### **a) Cidadãos e cidadãos intervencionados em Cirurgia de Ambulatório**

O conhecimento da população sobre a Cirurgia de Ambulatório é relativamente elevado.

Mais de metade dos cidadãos inquiridos refere já ter ouvido falar em Cirurgia de Ambulatório, sobretudo através dos meios de comunicação social e de contactos com familiares/amigos ou profissionais de saúde.

As regiões do Interior e Litoral Centro são as mais penalizadas pela falta de informação.

A população em geral revela receptividade em relação à CA.

Mais de 40% dos cidadãos inquiridos mostram receptividade à possibilidade de recuperar em casa, tanto os que já passaram pela experiência de uma intervenção cirúrgica, como aqueles que nunca foram operados.

Os idosos revelam mais reservas em relação ao modelo.

Quem já foi operado em Ambulatório voltaria a optar por CA. Cerca de 88% dos intervencionados em CA voltariam a optar por recuperar em casa. A preferência pelo acompanhamento de familiares (31,3%) e evitar o desconforto do internamento (28,3%) são os motivos mais fortes.

A informação e o esclarecimento prévio sobre a cirurgia e os cuidados a ter no período pós-operatório apresentam um nível bastante satisfatório.

Apenas 7% do total de inquiridos refere não ter sido informado acerca do tipo de cirurgia a que iria ser submetido. Os mais idosos e aqueles que possuem níveis inferiores de instrução académica são os que mais consideram que não foram devidamente informados.

Quanto à informação acerca dos cuidados e práticas a seguir em casa durante o período pós-operatório, 77% refere ter recebido informação por escrito e 88% conversaram com o médico ou enfermeiro acerca dessa matéria.

Aqueles que receberam informação, ficaram totalmente esclarecidos.

De uma forma geral, os cidadãos intervencionados em CA que residem no Norte Litoral consideram-se melhor informados acerca da cirurgia a que foram submetidos e dos cuidados a seguir no pós-operatório.

Um elevado número de intervencionados não foi informado de que poderia ser internado.

35,4% dos cidadãos intervencionados nunca foi alertado para a possibilidade de ficar internado, caso o resultado da intervenção cirúrgica o justificasse.



Apresentar previamente as instalações da Unidade de CA aos utentes é ainda pouco comum, mas muito importante para a satisfação dos mesmos. Cerca de um terço dos inquiridos que tiveram contacto prévio com as instalações da Unidade de CA onde foram operados, destacam fortemente a importância deste procedimento.

Os contactos telefónicos (ficar com o número de telefone do médico ou enfermeiro e receber pelo menos uma chamada de acompanhamento) são decisivos na satisfação do utente. A disponibilização do contacto telefónico ocorreu apenas em 56% dos casos.

A iniciativa de contactar o doente para verificar a sua situação clínica, foi referida somente por 48% dos inquiridos. Os mais penalizados pela ausência de contacto são os mais idosos.

A implementação de métodos formais de avaliação da qualidade do serviço é escassa.

Somente 18% dos inquiridos refere ter respondido a um questionário de satisfação relativo à sua experiência com a Cirurgia de Ambulatório. É na Grande Lisboa que esta prática está mais difundida.

O desempenho dos profissionais de saúde é avaliado muito positivamente pelos utentes. Em média, entre 80 a 90% dos pacientes intervencionados em regime de CA classificou como Boa ou Muito Boa a actuação dos agentes e do pessoal de saúde.

A satisfação global com o processo de cirurgia em CA é bastante elevada. Do total de cidadãos intervencionados em CA, 44% consideram-se muito satisfeitos e 51% satisfeitos. Os aspectos relativos à informação, ao esclarecimento e ao acompanhamento, são os mais decisivos na formação da opinião do utente.

#### **b) Profissionais de saúde**

A maior parte dos profissionais de saúde corrobora a apreciação de que, em geral, os doentes submetidos a CA não precisam de pernoitar no hospital (78,6% dos médicos e 74,1% dos enfermeiros).

A satisfação com o processo organizativo da CA é moderada. São identificados alguns problemas, ainda, existentes no processo organizativo: falta de autonomia das unidades de CA e escasso número de equipas médicas e de enfermagem exclusivas ou fixas.

A aplicação de protocolos em CA é satisfatória mas pode ser melhorada. Esta afirmação é mais evidente em relação à exigência de uma melhor avaliação pré-operatória dos doentes e uma triagem mais criteriosa dos casos a incluir em CA.

A coordenação dos procedimentos de ensino ao doente, entre os vários profissionais, pode ser melhorada. Médicos e enfermeiros têm percepções diferentes sobre as etapas em que o ensino ocorre.

Fornecer o contacto telefónico do médico ou enfermeiro ao doente deve ser uma prática mais frequente. Para além de altamente valorizado pelos cidadãos, a indicação do contacto telefónico é igualmente percebida como uma prática necessária pelos profissionais de saúde. No entanto, a sua utilização encontra-se aquém da importância que lhe é reconhecida.

#### **4.3.2. Utilidade da Cirurgia de Ambulatório**

##### **a) Cidadãos e cidadãos intervencionados em Cirurgia de Ambulatório**

Recuperar em ambiente familiar é a maior vantagem da Cirurgia de Ambulatório.



A falta de apoio médico durante a recuperação é a principal preocupação de quem opta por CA. Em comparação com o internamento, a principal desvantagem da CA é ter menos acompanhamento por parte de médicos e enfermeiros. Apenas 11% dos intervencionados em CA pensam que a recuperação teria sido mais rápida com internamento. A maioria dos cidadãos intervencionados em CA (61,6%) considera que o tempo que levaram até recuperar totalmente da operação, seria o mesmo caso tivessem feito a sua recuperação no Hospital.

#### **b) Profissionais de saúde**

A CA é considerada muito vantajosa quando comparada com a cirurgia convencional. Em todos os critérios de apreciação da utilidade da CA, uma larga maioria dos inquiridos valoriza significativamente as vantagens, face às desvantagens.

As maiores vantagens da CA são de natureza organizativa.

As vantagens mais evidentes em relação ao internamento são as seguintes: maior número de camas disponíveis nos hospitais, redução das listas de espera cirúrgicas e redução das despesas do SNS.

### **4.3.3. Percepção face ao futuro da Cirurgia de Ambulatório**

#### **a) Cidadãos e cidadãos intervencionados em Cirurgia de Ambulatório**

O pagamento de taxas moderadoras no internamento não é um factor determinante na opção por CA. No entanto, metade dos inquiridos considera que, de uma forma geral, extinguir as taxas moderadoras pode influenciar a opção por CA.

#### **b) Profissionais de saúde**

Estão reunidas condições potenciais para o crescimento da CA. O interesse dos profissionais revela-se muito elevado: consideram existir grande margem de progressão para a prática de CA e abertura das instituições para a adopção crescente deste modelo.

Melhores condições físicas dos estabelecimentos de saúde, maior empenho da gestão de topo e reforço do pessoal de saúde permitem contribuir para ultrapassar os actuais constrangimentos. Dos vários constrangimentos identificados, são estes os factores que exigem uma maior intervenção.

A monitorização da qualidade da CA é unanimemente considerada muito importante na expansão deste modelo. De acordo com os aspectos focados ao longo do Estudo, este processo deverá incidir, entre outros, nos seguintes âmbitos:

- avaliação da satisfação do utente;
- avaliação da adequação e cumprimento dos protocolos adoptados em CA;
- avaliação da eficiência e eficácia dos processos organizacionais;
- avaliação do desempenho dos profissionais de saúde;
- avaliação de resultados.



#### 4.4. RECOMENDAÇÕES

A robustez dos resultados empíricos das componentes de inquirição, bem como a riqueza das entrevistas realizadas, permite proceder a uma sistematização preliminar de sugestões de actuações, organizadas por domínios-chave que, no essencial, remetem para a visibilidade/difusão da CA e para melhorar as respectivas práticas.

##### 4.4.1. Ampliar a visibilidade da Cirurgia de Ambulatório

A visibilidade da Cirurgia de Ambulatório compreende a transmissão de informação aos cidadãos e aos profissionais de saúde que nela intervêm, sobre as suas condições de desenvolvimento, bem como as suas principais vantagens.

No processo de informação à população, e para além do recurso aos meios de comunicação social mais comuns, devem ser mobilizados vários intervenientes-chave:

- Centros de Saúde, sendo o médico de família um profissional de saúde com grande proximidade à população, é essencial que este esteja devidamente informado acerca da CA, de forma a prestar o melhor aconselhamento possível aos utentes;
- Associações de Doentes, com intervenção crescente credível e empenhada na concretização do Direito à saúde;
- Ligas de Amigos dos Hospitais, enquanto entidades de interface na relação Unidades de Saúde/Cidadãos intervenções;
- Assistentes sociais e prestadores de cuidados de saúde.

Apesar do acesso à informação ser cada vez mais global, a evidência de diferenças regionais ao nível do grau de informação dos cidadãos acerca da CA pode justificar o planeamento de medidas específicas de divulgação da informação junto de grupos mais isolados da população, envolvendo entidades locais com níveis de proximidade relacional e/ou operativa com os cidadãos (p.e., IPSS).

##### 4.4.2. Reforçar a receptividade à Cirurgia de Ambulatório

Os aspectos da informação e do acompanhamento são fortemente determinantes na satisfação do utente de CA, pelo que deverão constituir um dos alvos prioritários de preocupação dos agentes de saúde, de modo a fomentar a receptividade dos cidadãos a este regime de cirurgia.

Não obstante verificarem-se níveis elevados de receptividade face à CA, os cidadãos receiam beneficiar de menos acompanhamento médico. Esta situação vem reforçar a importância de transmitir aos cidadãos intervencionados a confiança necessária para que estes entendam que a opção por recuperar em casa respeita as suas condições sociais e observa rigorosas condições médicas.

A implementação de medidas que vêm alterar as práticas habituais dos profissionais estimulam, normalmente, reacções de resistência à mudança. A implementação da CA vem exigir um esforço de organização acrescido por parte dos profissionais, que passam a ter que, entre outros requisitos, preparar documentação específica para distribuir pelo doente e assumir protocolos internos e maiores riscos associados à alta precoce.

O trabalho em equipa é apontado como um importante contributo para o reforço da motivação e envolvimento dos profissionais em CA. O reforço da receptividade da classe médica e de enfermagem face à CA pode justificar iniciativas de informação e esclarecimento dirigidas especialmente aos profissionais.



Deve ser incentivada a criação de grupos de trabalho multidisciplinares nos hospitais, que promovam a reflexão sobre a prática de CA na instituição e o planeamento de projectos adequados aos contextos particulares da população abrangida pela instituição de saúde, de forma a garantir a qualidade do serviço prestado.

#### 4.4.3. Contrariar as desvantagens da Cirurgia de Ambulatório

Para garantir a qualidade do acompanhamento pós-operatório: reforçar os procedimentos previstos no acompanhamento pós-operatório, designadamente a disponibilização do contacto telefónico do profissional de saúde, a periodicidade dos contactos com o doente e a facilitação do acesso destes utentes ao hospital.

Para que os doentes não sejam sobrecarregados com despesas: fornecer aos doentes a medicação necessária para os primeiros dias de recuperação contribui para atenuar os custos com os medicamentos evitando que estes sejam suportados exclusivamente pelos cidadãos. Esta prática permite, ainda, adequar a dosagem fornecida às necessidades dos doentes, evitando desperdício de medicamentos e sem perda de participação nos medicamentos fornecidos pelo estabelecimento hospitalar.

Equacionar uma maior flexibilidade na atribuição de licenças de apoio à família, de modo a reforçar o acompanhamento prestado pelos familiares do cidadão intervencionado em CA.

Para que as administrações hospitalares reforcem a opção por CA: a CA é apontada como uma das poucas áreas da saúde que pode contribuir para a redução da despesa do Serviço Nacional de Saúde. No entanto, o reforço da adopção deste regime sugere a necessidade de revisão do actual modelo de financiamento, atenuando eventuais desvantagens para a gestão hospitalar.

#### 4.4.4. Melhorar a prática actual da Cirurgia de Ambulatório

Os elementos relativos à percepção e satisfação dos cidadãos e profissionais de saúde acerca da prática actual de CA, recolhidos nos processos de inquirição, permitem identificar, de forma mais sistemática, um conjunto de práticas com margem para se tornarem mais abrangentes:

- Reforçar a facilidade e rapidez do acesso dos cidadãos intervencionados aos profissionais de saúde durante o período pós-operatório, através, p.e., de um contacto telefónico;
- Apresentar previamente, aos cidadãos, as instalações onde irá decorrer o processo operatório (sala de espera, sala de operações, sala de recobro,...);
- Entregar documentação escrita com os cuidados e práticas a seguir durante o período de recuperação, mas também conversar com o doente, adequando a duração e forma do discurso à capacidade de compreensão de cada cidadão;
- Facilitar o acesso dos intervencionados em CA ao hospital, no caso de se verificarem complicações no pós-operatório, através, p.e., da criação de uma linha directa que permita a entrada expedita no serviço, sem necessidade de passar pelas fases de admissão e triagem dos serviços de urgência;
- Expandir os procedimentos relativos à avaliação da satisfação do utente com a Cirurgia de Ambulatório.

No que respeita à organização das equipas, destaca-se a criação de equipas fixas de médicos e enfermeiros. Para além dos efeitos relacionados com o maior envolvimento pessoal dos técnicos no serviço em causa, permite fomentar a reflexão e discussão dos protocolos estabelecidos no âmbito da CA e melhorar a coordenação no seio das equipas.



A constituição de equipas multidisciplinares, capazes de assegurar a prestação de cuidados que respeitem todas as dimensões da saúde, entendida como 'um estado de completo bem-estar físico, mental e social' é reconhecida como de grande importância.

#### **4.4.5. Monitorizar o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório**

Na óptica da monitorização do PDNCA, deverão ser criadas condições para aumentar o rigor e a fiabilidade dos indicadores quantitativos recolhidos nas instituições de saúde.

Na fase actual, e para além dos indicadores estabelecidos pela tutela e Administrações Regionais de Saúde, cada Unidade deve estabelecer os seus próprios indicadores de regulação interna, os quais deverão ser recolhidos de forma continuada, de forma a interpretar o grau de evolução de cada Unidade.

Para além de indicadores de natureza quantitativos, a recolha de elementos de avaliação da satisfação dos cidadãos intervencionados tem margem para ser alargada.

A criação de um Grupo de Acreditação das Unidades de CA é entendida como fundamental para a definição das normas a seguir no âmbito da implementação e desenvolvimento da CA.

O acompanhamento e divulgação de Boas Práticas desenvolvidas no território nacional deve constituir um instrumento a equacionar no âmbito da implementação do Plano de Desenvolvimento Nacional da Cirurgia de Ambulatório.



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 5.1. INTRODUÇÃO

São muitas as necessidades e particularidades que devem ser avaliadas quando se projecta uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA). Cada projecto terá as suas variáveis próprias decorrentes do contexto em que se insere (em função da localização, da área disponível, dos procedimentos cirúrgicos que irão ser efectuados) e por isso deverá ter também soluções específicas de layout. O que se pretende com este capítulo é evidenciar uma proposta tipo de desenho, de acordo com o estado da arte. No entanto, mais importante que a proposta agora apresentada, o fundamental é sublinhar a importância de que o tempo gasto no planeamento e no desenho de uma UCA é tempo ganho no incremento da qualidade no tratamento dos futuros utentes e de uma prestação de cuidados de saúde custo-efectiva.

Podemos, por isso, dizer que o desenho de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório surge como a primeira medida indispensável para maximizar a produtividade, a eficiência e a eficácia da unidade e, assim, potenciar também a sua capacidade competitiva no mercado de saúde.

Uma unidade planeada e desenhada a pensar nos fluxos dos utentes, dos profissionais e dos materiais necessários para os diferentes processos será uma unidade que proporcionará, no futuro, os meios que permitem minimizar tem-

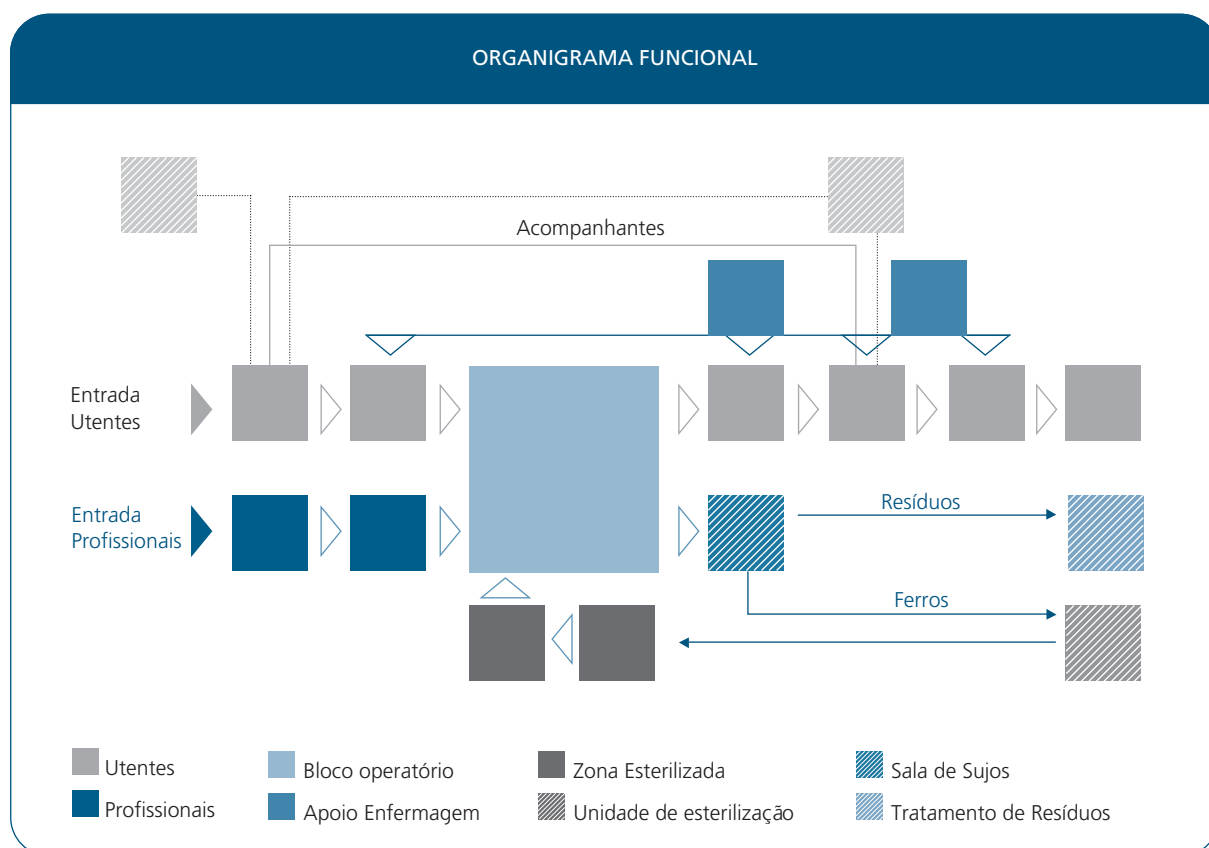


FIGURA 1



pos de espera, reduzindo quebras nos fluxos de trabalho, maximizar o aproveitamento dos tempos operatórios e permitir a concentração do tempo de trabalho dos profissionais nas tarefas que criam valor, evitando as tarefas desnecessárias, consumidoras de recursos e não geradoras de valor.

Existem várias possibilidades de propostas para plantas de UCA, desde aquelas que estão inseridas nas mesmas instalações dos pacientes que se encontram internados, até aquelas que são completamente independentes, sendo estas últimas as que potencialmente oferecem melhores resultados de eficiência. Na verdade, a produtividade de uma unidade independente (quer se encontre dentro do hospital ou fisicamente separada) é, mostram a experiência e os resultados, a ideal em termos de custo efectividade e de qualidade de tratamento. A proposta que agora se apresenta é, por isso, a de uma UCA integrada num Hospital mas gerida de forma independente dos outros serviços, ainda que aproveitando as sinergias decorrentes de se situar num edifício hospitalar pré-existente.

## 5.2. ORGANIGRAMA FUNCIONAL

O Organigrama Funcional que se apresenta na figura 1, procura seguir estes princípios.

### 5.2.1 O percurso dos utentes

Considerando que, no dia da realização de uma intervenção cirúrgica, o utente está naturalmente, sob algum stress, com níveis de ansiedade mais elevados que o normal, deve procurar-se que o percurso do utente na unidade seja rápido, simples e curto.

Assim, prevê-se a existência de uma **sala de acolhimento** [1], 'check in' e espera, única, onde o utente irá registar-se e esperar até ser chamado para a intervenção, podendo estar acompanhado por um familiar ou amigo. Idealmente, esta sala funcionará como sala de espera para todos os actos que o utente venha a realizar na unidade. O dimensionamento da sala deverá ser calculado de forma a permitir que os utentes usufruam de uma área ampla, sem correr o risco de sobrelotação, mesmo em dias de grande fluxo de utentes ou em situações em que algum horário não possa ser cumprido. Os materiais de revestimento e respectivas cores e a escolha do mobiliário devem propiciar a criação de uma atmosfera calma e relaxante. Deve permitir ainda acomodação fácil para pessoas portadoras de deficiência.

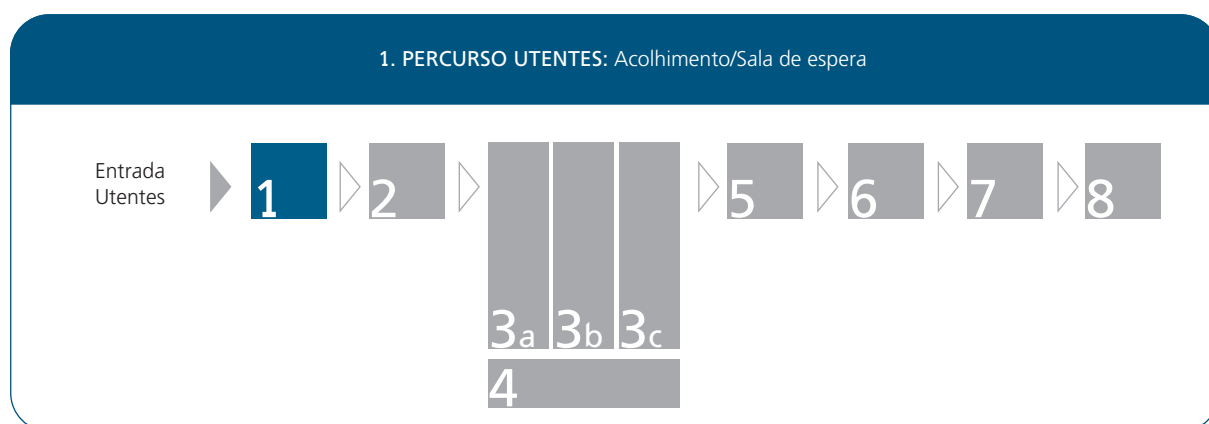


FIGURA 2



Por outro lado, esta sala deverá estar dotada de condições ambientais que incentivem à diminuição dos níveis de ansiedade. Assim, deverão estar disponíveis distrações (T.V., música ambiente), instalações sanitárias (incluindo fraldário), entre outras condições que tornem o espaço acolhedor. Importa prever, sempre que possível, um pequeno espaço dedicado às crianças.

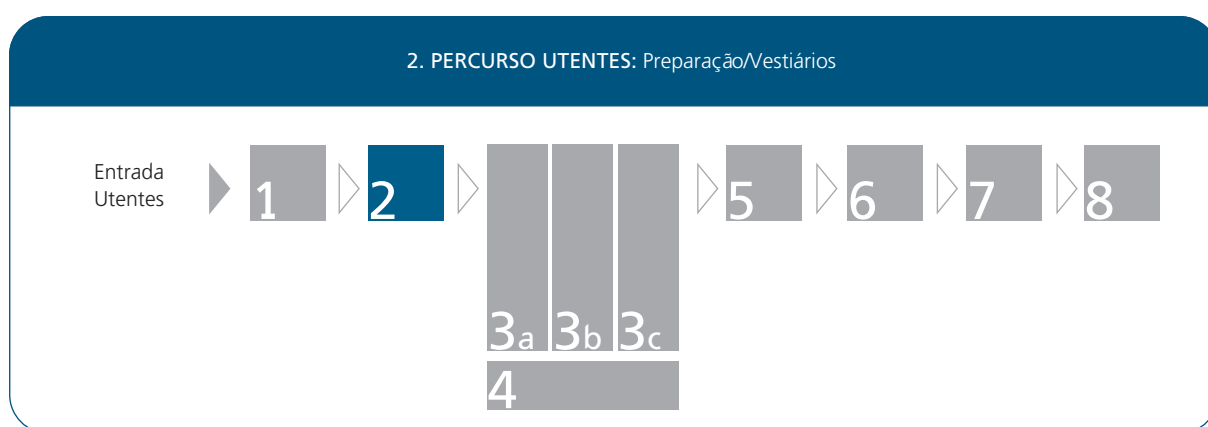


FIGURA 3

Neste percurso, o segundo espaço que se apresenta é o **vestiário dos utentes** [2] (Fig. 3). Este espaço tem como função permitir que o utente troque a roupa da rua pela roupa do bloco e guarde o seu vestuário e bens nesta área. Esta deve também ter em atenção a necessidade de utilização por utentes com mobilidade reduzida. Deve contemplar instalações sanitárias, sendo pelo menos uma com duche. Os bens dos utentes vão ser transportados deste vestiário para a zona de recobro (recobro 2 ou 3), pelo que deve ser equacionado a forma de assegurar este fluxo (cfr. planta em anexo na qual o utente, após saída do recobro 2 ou 3, pode vestir-se e levantar os seus pertences, uma vez que tem acesso directo aos vestiários,). No caso da realização de pequenas cirurgias (em que o utente não passa pelas várias fases de recobro), o utente poderá fazer o percurso inverso e, portanto, não será necessário assegurar acesso directo do recobro aos vestiários.

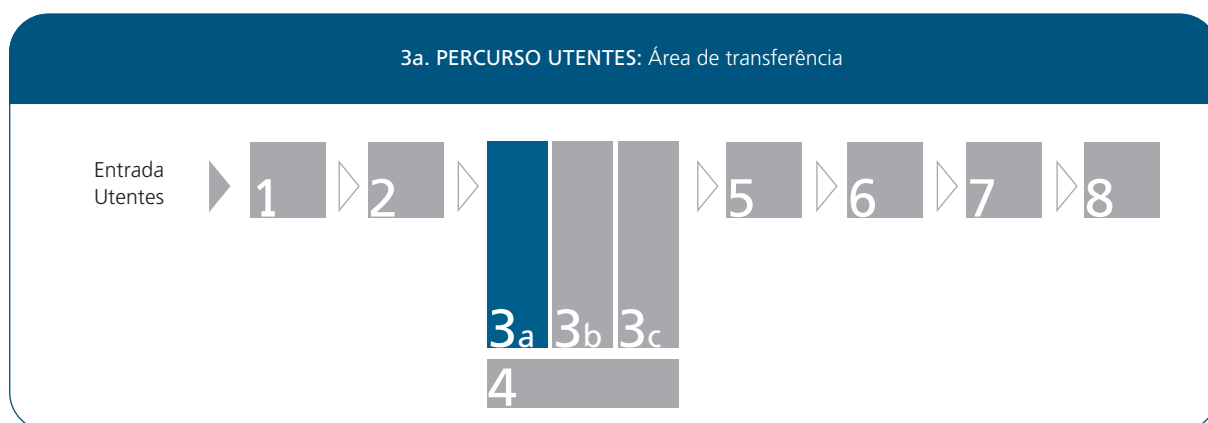


FIGURA 4



A área identificada [3a] (Fig. 4) é a área de **transferência dos utentes** para a zona limpa da unidade que dá acesso às salas de operações ou às salas de indução anestésica, consoante a solução adoptada. O método de transferência a utilizar ('transfer' clássico ou entrada de maca na sala de operações) não influencia grandemente o desenho da unidade.

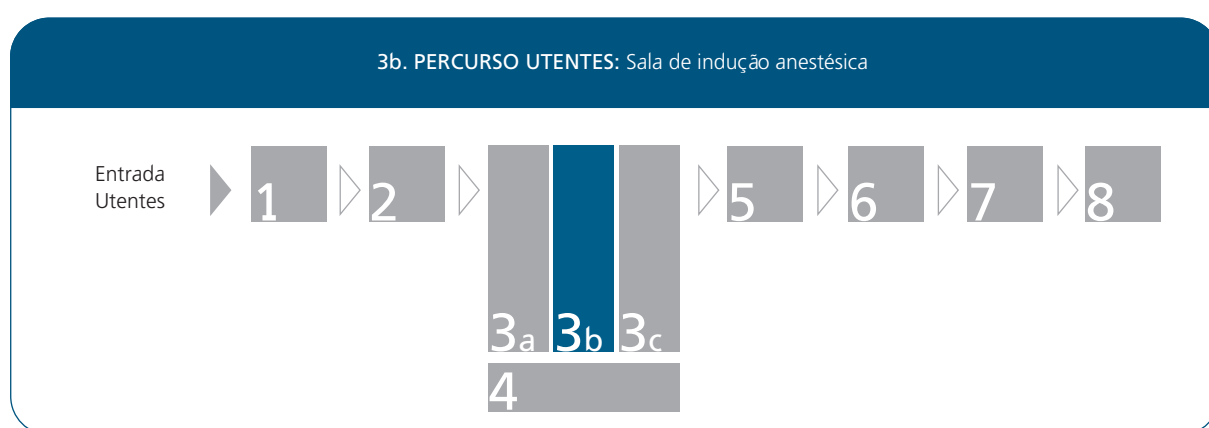


FIGURA 5

A **sala de indução anestésica [3b]** (Fig. 5) poderá ser uma mais-valia no que diz respeito ao aproveitamento dos tempos de bloco e rentabilização das salas. A existência de salas de indução poderá obrigar a um aumento dos recursos humanos da unidade, para além de representar área adicional a construir. No entanto, afigura-se razoável a sua existência, uma vez que é objectivo uma alta rotação de utentes e a maximização do número de cirurgias por tempo disponível de utilização de sala. A sua oportunidade deve ser avaliada caso a caso.

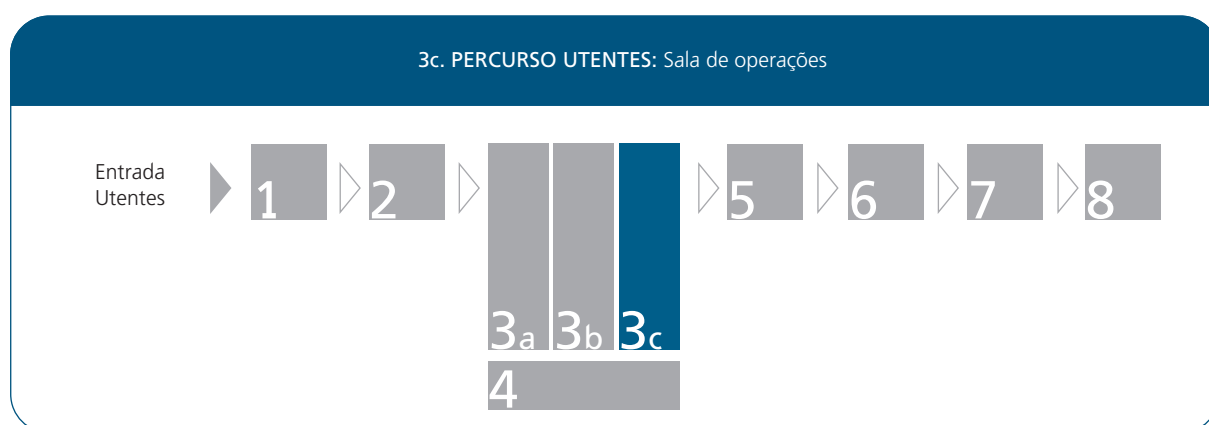


FIGURA 6

A sala indicada [3c] é o 'coração' da unidade: **a sala de operações** (Fig. 6). Uma alta rentabilidade exige mais de que uma sala de operações, desde logo para otimizar a relação indução anestésica e intervenção cirúrgica.



As dimensões poderão variar em função do tipo de intervenções programadas, partindo de uma dimensão padrão de 36 m<sup>2</sup> e com uma largura mínima de 5,5 m, podendo atingir os 40 m<sup>2</sup> para abarcar intervenções e equipamentos mais diversificados. Deverá ser considerado que em cada sala teremos uma equipa constituída por 2 cirurgiões, um anestesista e 3 enfermeiros.

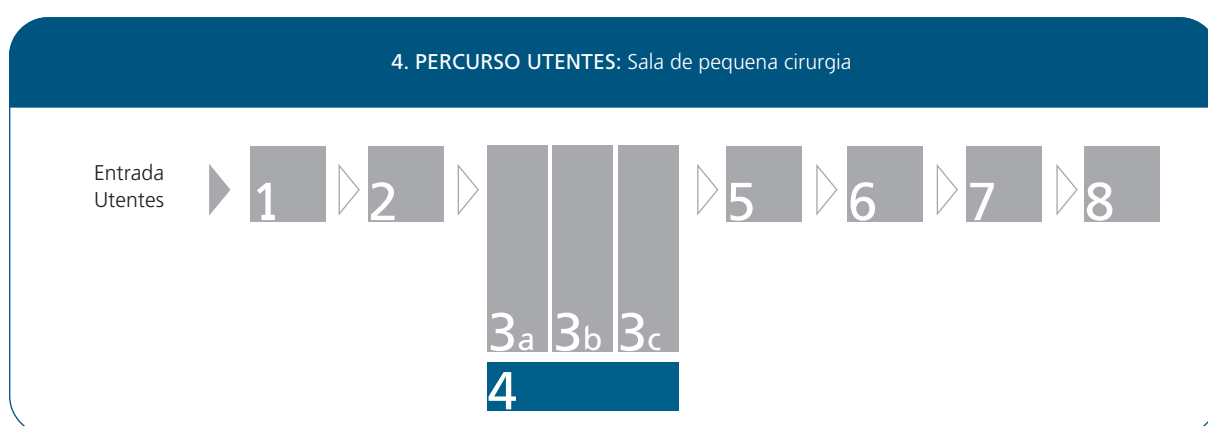


FIGURA 7

Paralelamente às salas de operações, poderão ser construídas salas de menor dimensão, destinadas a **pequena cirurgia** [4] (Fig. 7). A segurança do utente aconselha a existência desta sala: na verdade, existem procedimentos que, por muito pouco invasivos que sejam, devem ser realizados em ambiente asséptico. Acresce a possibilidade de utilização desta sala para realização de MCDT invasivos com recurso a anestesia (ex: colonoscopias).

No caso de se utilizar a sala de pequena cirurgia, o utente sairia da Unidade directamente pelos vestiários.

As salas de pequena cirurgia devem ter uma área entre os 16 e os 25 m<sup>2</sup>.

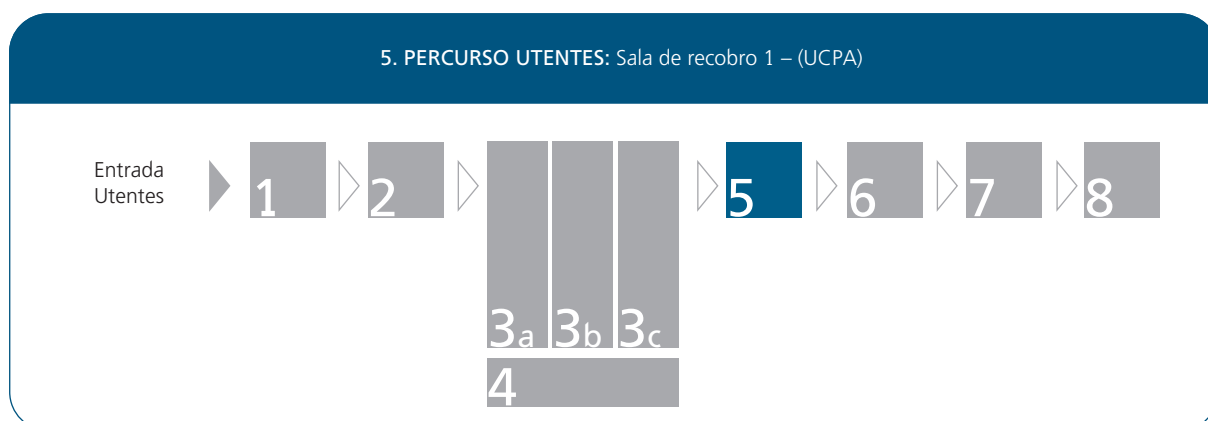


FIGURA 8



A existência das salas 3b e 4 implicam uma maior disponibilidade em termos de área de construção e uma maior utilização de meios físicos e humanos.

A **sala de recobro 1** (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos – UCPA) [5] (Fig. 8), corresponde à zona de recobro anestésico. Esta sala ficará em zona imediatamente a seguir à sala de operações e deverá estar equipada no mínimo com 2 camas por cada uma destas salas e respectivo equipamento de monitorização.

Complementarmente a esta sala, e com acesso directo, estará um posto de enfermagem em ‘open space’ para controlo e monitorização dos utentes. Preferencialmente, este posto deve ser capaz de visualizar o recobro 1/UCPA e o recobro 2 e de monitorizar os recobros 1, 2 e 3. Estima-se que será necessário ter um enfermeiro por cada 4 camas de recobro 1 e um enfermeiro por cada 6 camas de recobro 2 ou 3.

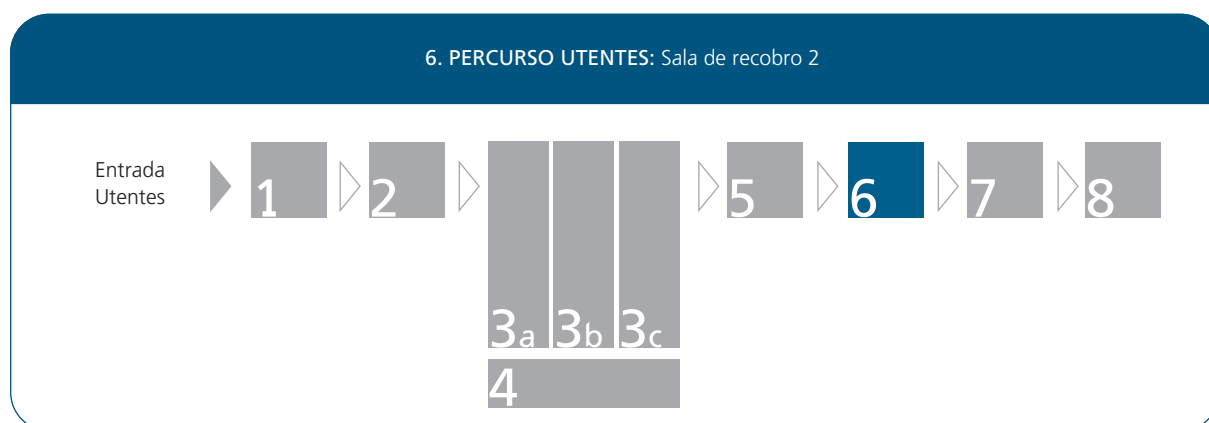


FIGURA 9

A **sala de recobro 2** [6] (Fig. 9) poderá ser organizada em ‘open-space’ ou compartimentada por boxes individuais, onde os utentes poderão ter a presença dos acompanhantes, se assim o desejarem e caso não haja indicação médica em contrário.

Tratando-se de um período mais prolongado, o ritmo de realização de cirurgias está dependente da capacidade de acolhimento de utentes em situação de recobro. Assim, é desejável que, em função da capacidade pretendida e do espaço disponível, se preveja 4 a 5 boxes por sala de operações.

A **sala de recobro 3**, sala de cadeirões [7] (Fig. 10), corresponde à sala de recobro tardio. Nesta sala, os utentes sentados em cadeirões, e preferencialmente acompanhados pelos seus familiares, são submetidos ao processo de verificação dos designados requisitos pré-alta, designadamente:

- Movimentos / deambulação;
- Ingestão de líquidos e alimentos sólidos;
- Capacidade miccional.

Assim, será necessário que nesta sala (que deve apresentar uma atmosfera relaxante) seja contemplada a colocação de máquinas dispensadoras de alimentos ou outros processos simples para responder a esta finalidade (fornecimento



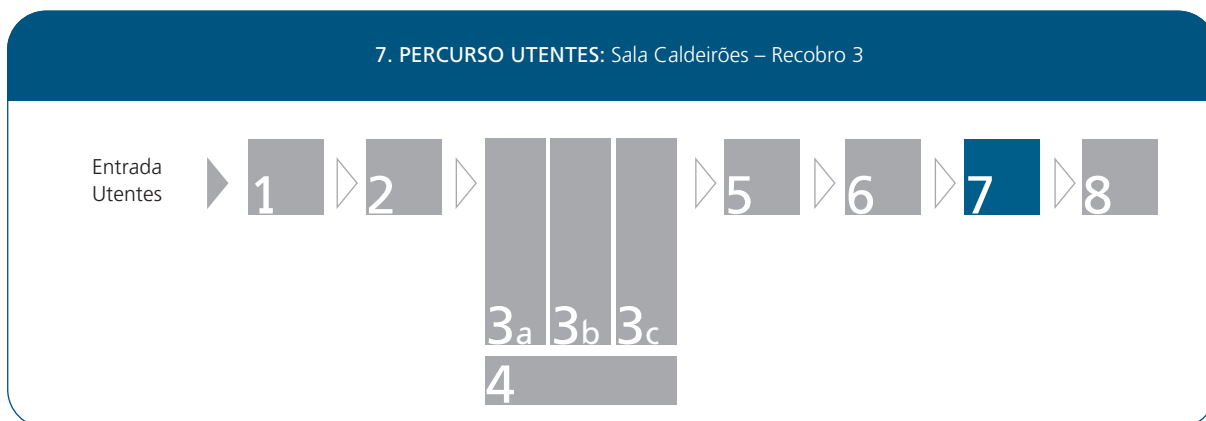


FIGURA 10

pelo Serviço de Alimentação do Hospital de alimentos – chá, leite e bolachas), mesa de apoio para ingestão de refeições ligeiras e instalações sanitárias de apoio.

Deve considerar-se que este espaço terá monitorização permanente pelo posto de enfermagem, com visualização directa, ou em alternativa, com sistema de vídeo câmaras.

Caso a UCA não realize procedimentos de oftalmologia (ou equivalentes no que à necessidade de recobro se refere), é suficiente um cadeirão por cada duas camas de recobro 2. No caso, muito provável, de existência de cirurgia de oftalmologia, o número de cadeirões deve ser substancialmente aumentado. Um rácio possível, no caso da existência de uma sala operatória dedicada à Cirurgia Oftalmológica, é o de 6 cadeirões no recobro 3. A planta que se apresenta em anexo contempla a necessidade de flexibilidade entre número de camas no recobro 2 e número de cadeirões no recobro 3, ao criar um espaço fisicamente não compartimentado entre estas duas áreas.

No percurso do utente, a última das áreas apresentadas corresponde à **área de saída e alta** [8] (Fig. 11). É o local onde são efectuados os procedimentos que permitem dar alta ao utente.

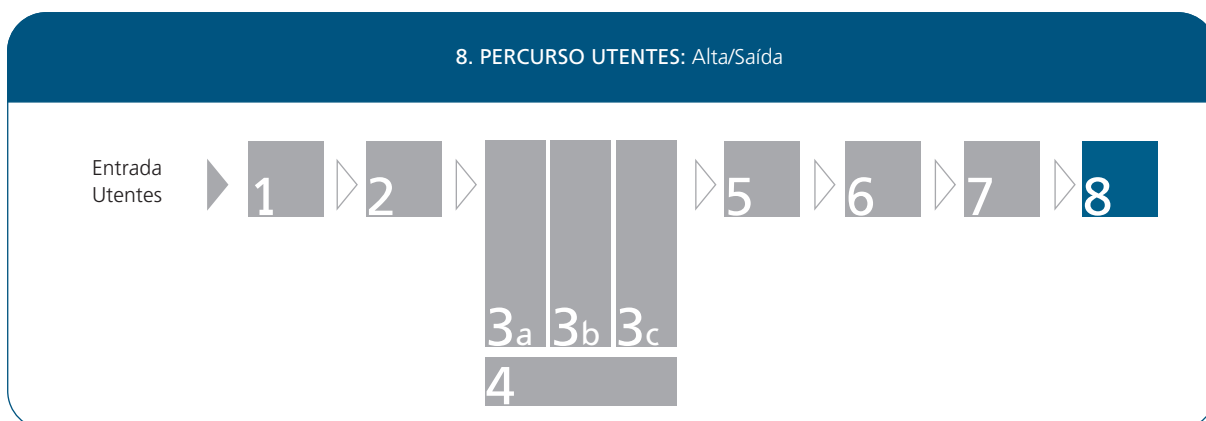


FIGURA 11



Em função do esquema funcional da unidade, o médico ou enfermeiro poderá efectuar a reunião de alta com o utente e o acompanhante, num espaço autónomo na sala de cadeirões, mas preferencialmente em gabinete que assegure a comodidade e a imprescindível privacidade. É nesta reunião de alta que o utente e o acompanhante podem ver, sem quaisquer reservas e restrições, todas as suas dúvidas respondidas e ansiedades diminuídas.

**Notas:**

No circuito dos utentes, deve ser realçada a importância de minimizar o mais possível a simultaneidade de atendimento de crianças e adultos. O plano arquitectónico não prevê circuitos próprios para crianças, por não ser economicamente viável, mas aconselha-se a existência de tempos operatórios exclusivamente dedicados às crianças (Cfr. Cap. 13.3.1 in Carta Hospitalar de Pediatria, doc. Provisório da Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente). Durante esses períodos (ex. uma manhã/dia por semana), o ambiente deverá ter elementos alusivos, como posters, cortinas coloridas, ou outros adereços.

Deverá ser assegurada área de estacionamento dedicada à Cirurgia de Ambulatório, para permitir a tomada dos utentes com a máxima facilidade e comodidade. Importa, por isso, que exista sinalética dedicada e que sobre esta questão sejam dados os esclarecimentos adequados aquando da consulta pré-operatória. Trata-se de mais uma melhoria na acessibilidade, que estimula os utentes e seus acompanhantes a encarar a CA com humanização e profissionalismo, envolvendo-os em todo o processo cirúrgico.

## 5.2.2 O percurso dos acompanhantes



FIGURA 12

A presença de acompanhantes é desejável, na medida em que permitem reduzir os níveis de ansiedade dos utentes e tornar toda a experiência mais partilhada e confortável. No entanto, sendo o bloco uma área limpa, deve evitar-se o cruzamento do circuito de acompanhantes e de limpos. Assim, contempla-se a existência de um circuito que permitirá que os acompanhantes possam passar da sala de acolhimento para os recobros 2 e 3 sem passar pelas áreas limpas (Fig. 12). O acompanhante apenas se deslocará aos recobros, quando para tal for solicitado por um profissional de saúde.



### 5.2.3 O percurso dos profissionais

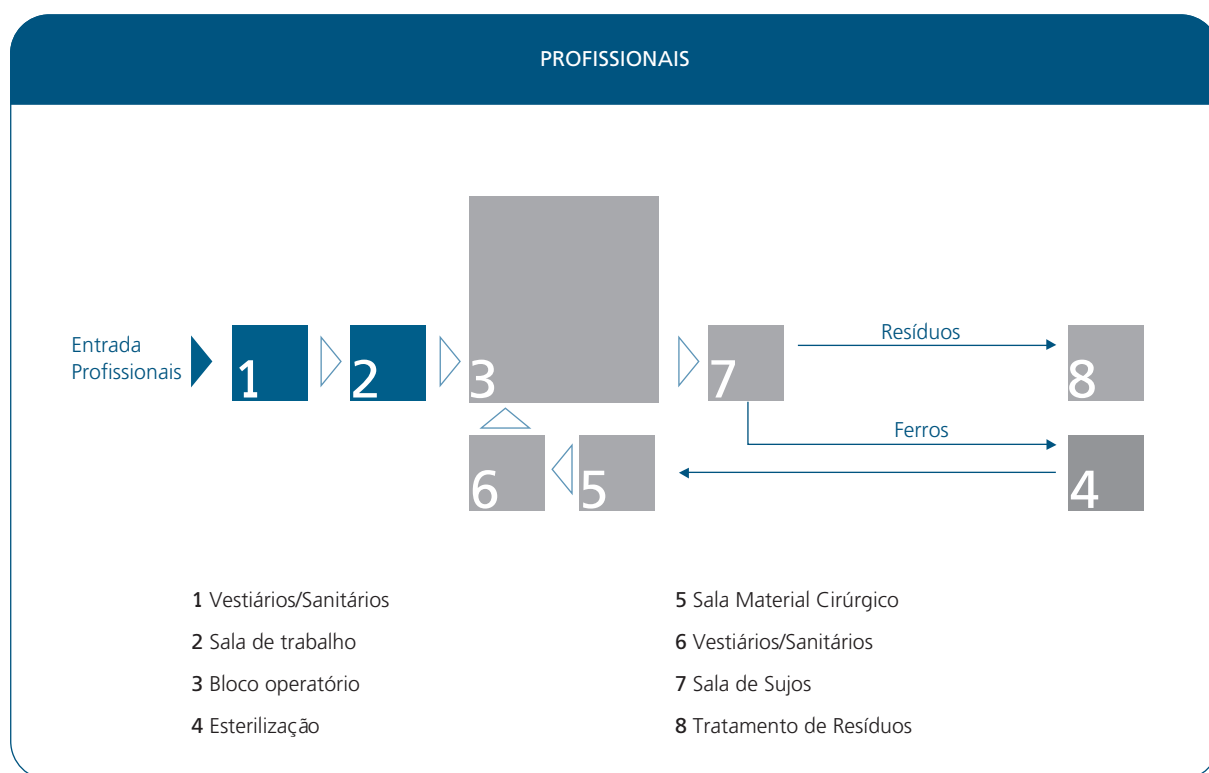


FIGURA 13

No que diz respeito ao circuito dos profissionais, a entrada será pelo vestiário assinalado como **1** (Fig. 13). Com dimensões dependentes do número de profissionais previstos, deverão ser separadas por sexos e considerada a distribuição relativa entre os mesmos. Inclui zona de vestiários, I.S. e cabine de duche.

A sala **2** é o compartimento onde as equipas cirúrgicas efectuem os relatórios, preparam as cirurgias e aguardam a mudança de utentes nos blocos.

Deve prever a instalação de máquinas dispensadoras de bebidas e alimentos, de modo a evitar deslocações dos profissionais fora da área esterilizada. Deverá estar equipada com cadeira e cadeirões, de forma a humanizar os tempos de pausa e permitir algum relaxamento entre cirurgias.

Considerando que os profissionais de enfermagem são os que estarão em permanência na unidade e com maiores taxas de utilização em unidades deste tipo, estes terão como principais postos de utilização a sala de preparação/vestiário e os recobros, para além das salas operatórias propriamente ditas. O núcleo central de apoio para a enfermagem, deverá ser localizado na zona de transição entre os recobros 1 e 2, porque dessa forma será possível assegurar a vigilância dos utentes, rentabilizando os recursos humanos disponíveis (Fig. 14).







eventualmente ligadas por armário de 'dupla face' às salas operatórias. A opção das mesas serem preparadas em sala autónoma privilegia a segurança e a facilidade de reposição de stocks. No entanto, a sala assinalada como 6 poderá ser incorporada na sala 5 ou, em alternativa, poderão as tarefas para aí previstas serem realizadas na própria sala operatória.

#### 5.2.5. O circuito de sujos

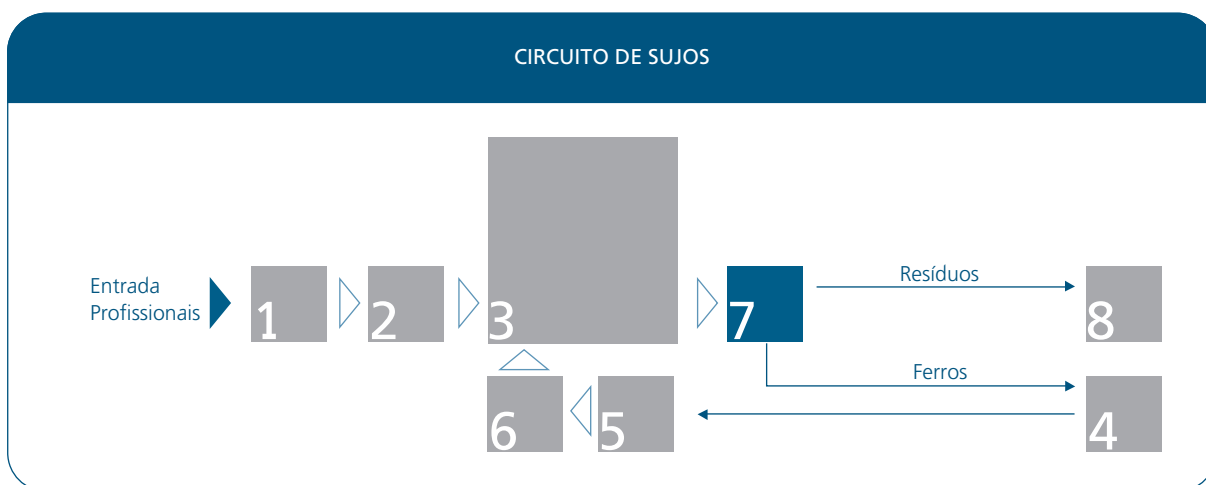


FIGURA 15

A sala de sujos será localizada em zona autónoma, subdividida em 2 áreas, e destina-se a recolher o material cirúrgico e os resíduos resultantes das cirurgias, de modo a permitir efectuar a sua triagem e o encaminhamento para as respectivas unidades de esterilização e de tratamento de resíduos.

#### 5.2.6. Apoios

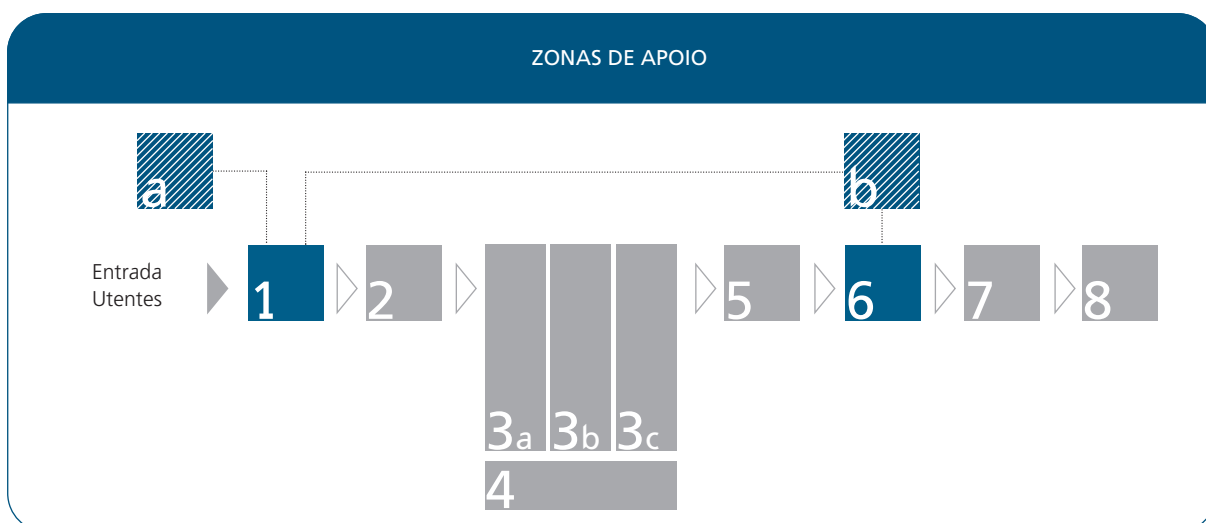


FIGURA 16



Na preparação de uma unidade deste género, é desejável que sejam consideradas ainda duas áreas de apoio: o apoio de consulta [a] e a unidade de pernoita [b].

O apoio à consulta/tratamento pré e pós-operatório é composto por gabinetes destinados a consultas pré e pós operatórias e sala de observação e tratamentos para a realização dos pensos resultantes das cirurgias.

Este conjunto de gabinetes poderá ser constituído por uma pequena unidade autónoma (1 a 2 gabinetes de consulta e 1 sala de observação e tratamentos). Caso não seja possível projectar este espaço, poderão ser utilizados os gabinetes da consulta externa do hospital.

A unidade de pernoita deverá existir se for considerado o conceito da cirurgia de ambulatório de 23h. Estes quartos poderão também ser utilizados como 'quartos de acolhimento' para utentes e acompanhantes residentes em locais mais distantes, com o objectivo de ficarem preparados para as primeiras cirurgias do dia seguinte. Da mesma forma, este espaço poderá acolher igualmente utentes que tenham alta tardia (ex.: 22:00h.) e que precisem de pernoitar. Esta unidade terá essencialmente uma função hoteleira quando os doentes aí ficarem por questões meramente sociais, pelo que pode ser total ou parcialmente substituída por instalações exteriores ao hospital, em projectos e soluções analisadas no âmbito de cada instituição. Contudo, nos programas de 23 horas que optem pela introdução de intervenções cirúrgicas mais complexas, doentes clinicamente mais complicados ou ainda rentabilização da sala operatória para além das 17 horas, deve prever-se a abertura nocturna da unidade com apoio físico de pessoal de enfermagem e apoio médico de prevenção.

O último circuito apresentado corresponde à planta-tipo para a distribuição em U da Unidade que aqui descrevemos. A tipologia e função das diferentes áreas mantêm-se, alterando-se apenas a disposição das mesmas.



FIGURA 17



### 5.3. MEDIDAS PRECONIZADAS

- A. Adaptar ou construir de novo instalações para as UCAs de acordo com a metodologia proposta.
- B. Criar parques de estacionamento para os utentes e acompanhantes.
- C. Constituir ambientes e tempos operatórios específicos para as cirurgias a crianças e adolescentes.

**Responsável:** Conselhos de Administração dos hospitais.

**Prazo para execução:** 1 a 3 anos.

### 5.4. BIBLIOGRAFIA

- 1 – ‘Health Building Note 10’ – Day surgery facilities, Department of Health Estates and Facilities Division, May 2007, United Kingdom.
- 2 – ‘Day Surgery’ – Development and Practice, International Association for Ambulatory Surgery, April 2006.
- 3 – Carta Hospitalar de Pediatria (Doc. Provisório), Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescentes. 2008.

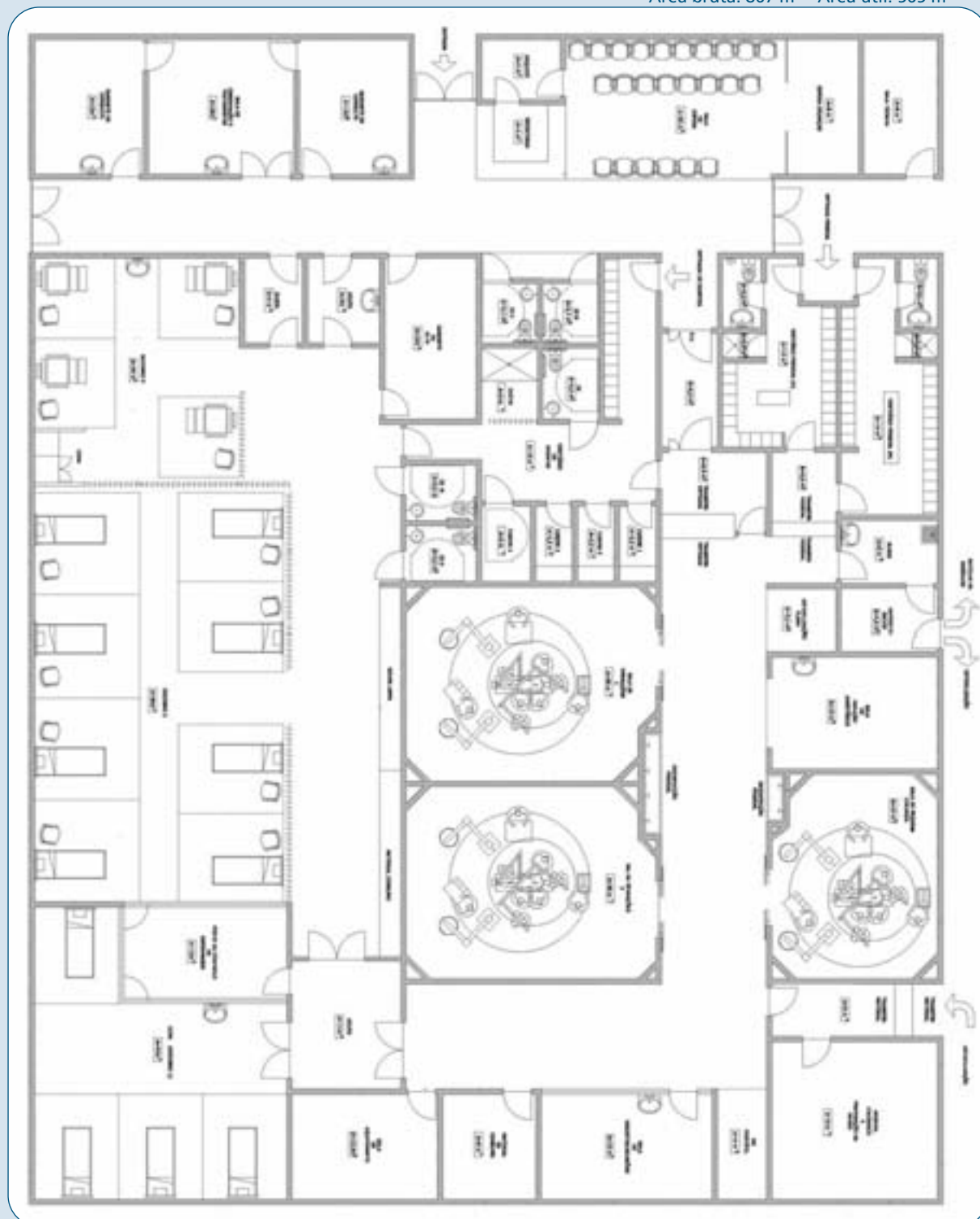


## 05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### ANEXOS

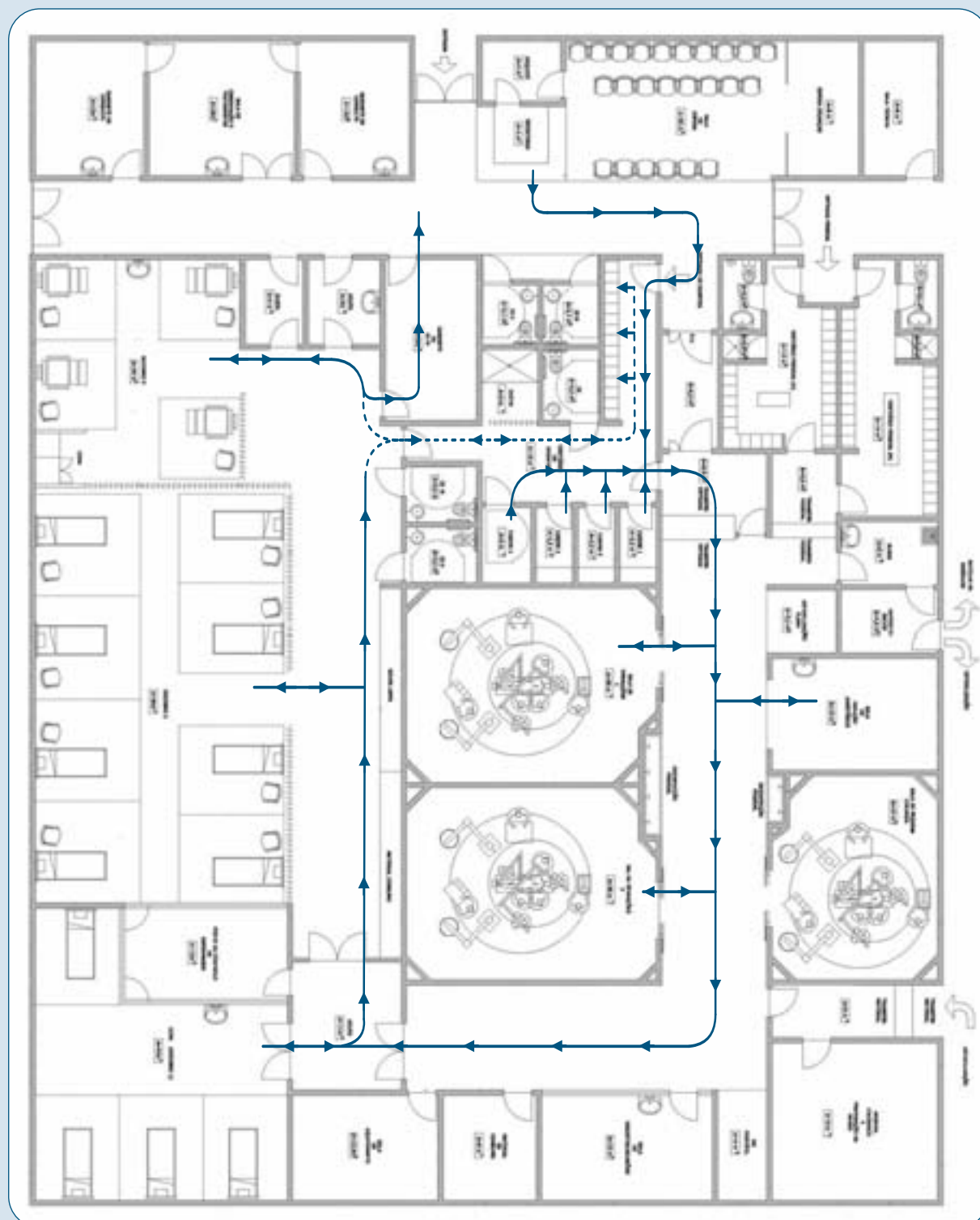
#### ANEXO I – CIRCUITOS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Área bruta: 867 m<sup>2</sup> Área útil: 565 m<sup>2</sup>



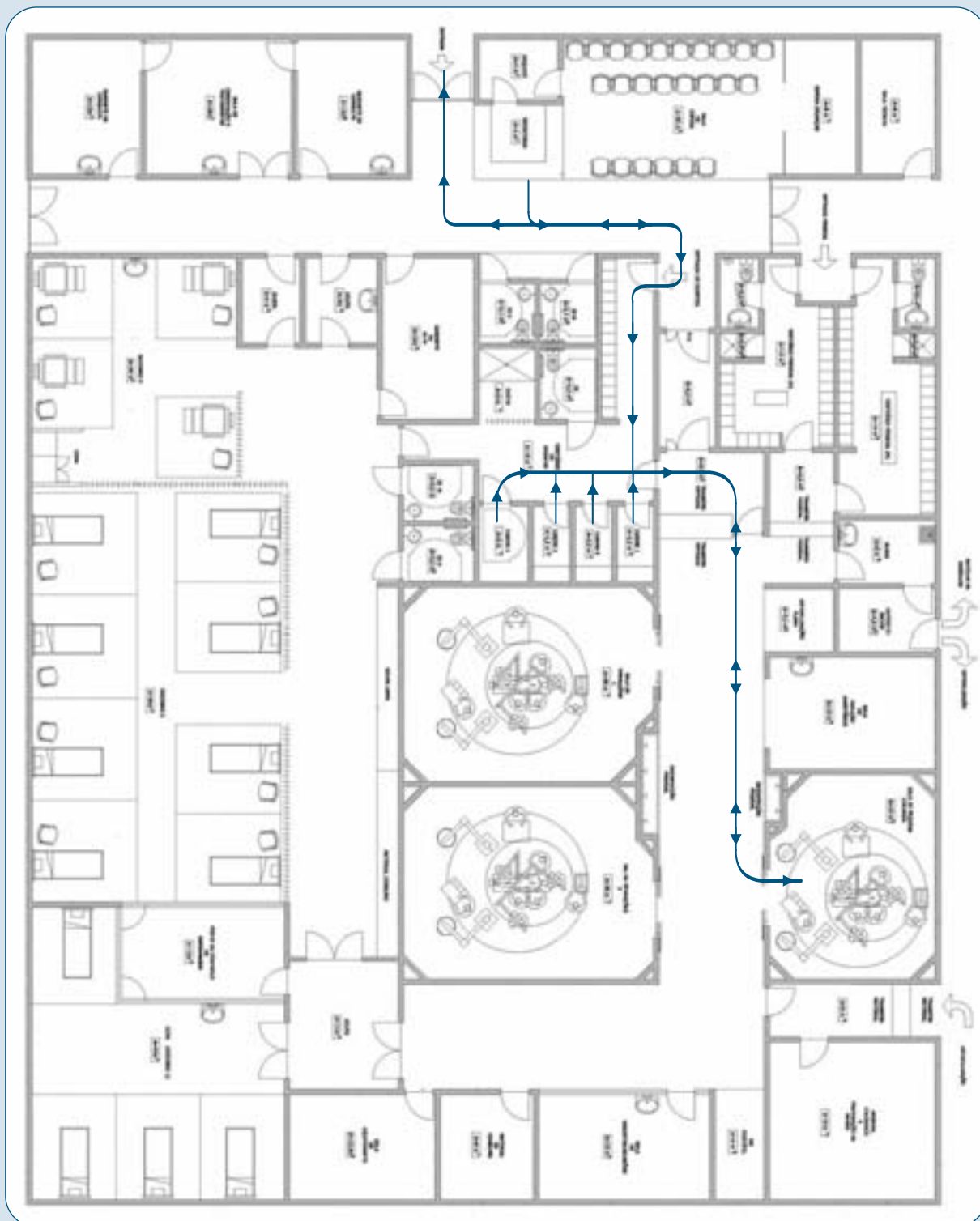


————> Circuito de doentes    - - - - -> Circuito de recolha de roupa



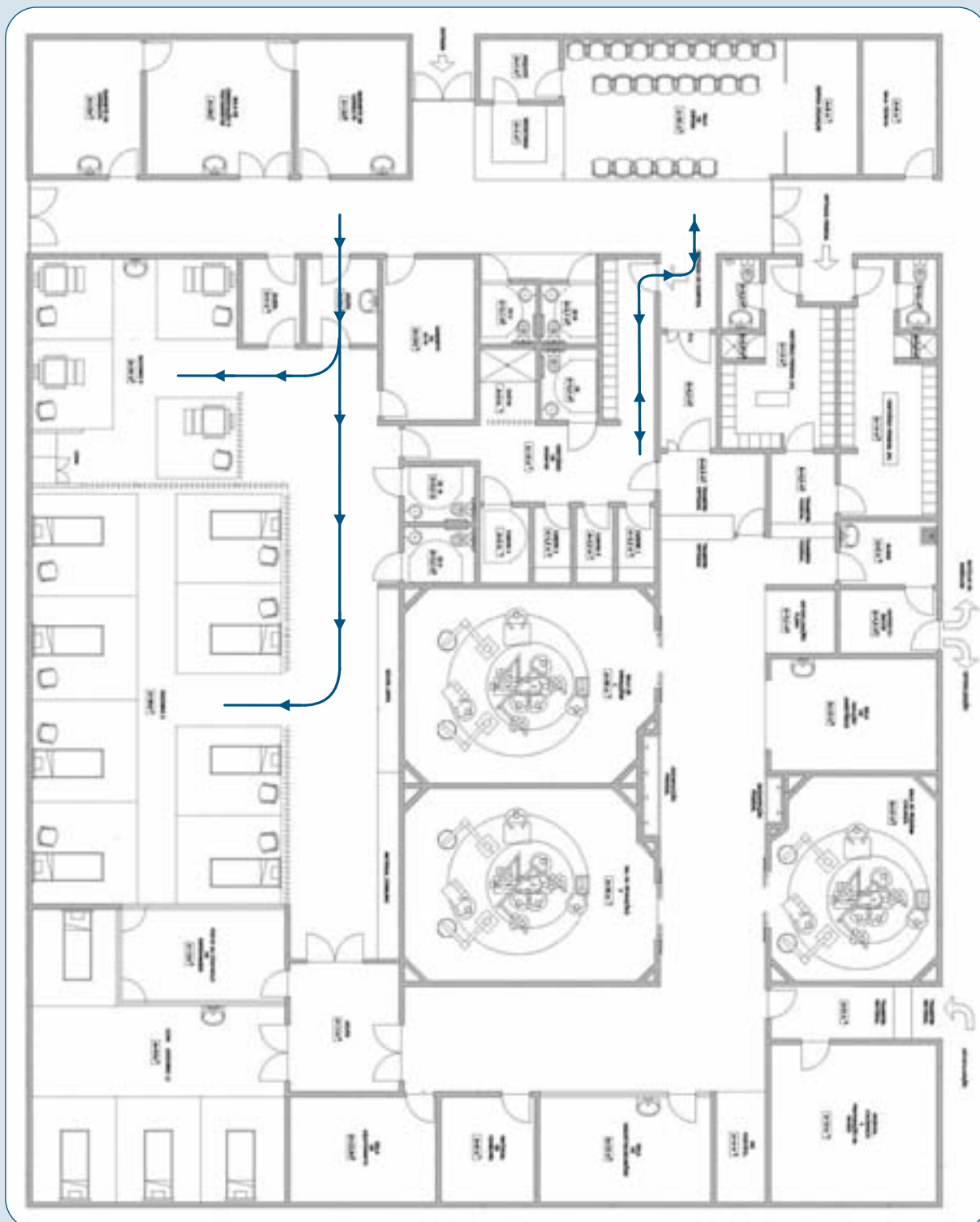


→ Circuito de doentes pequena cirurgia





→ Circuito de acompanhante

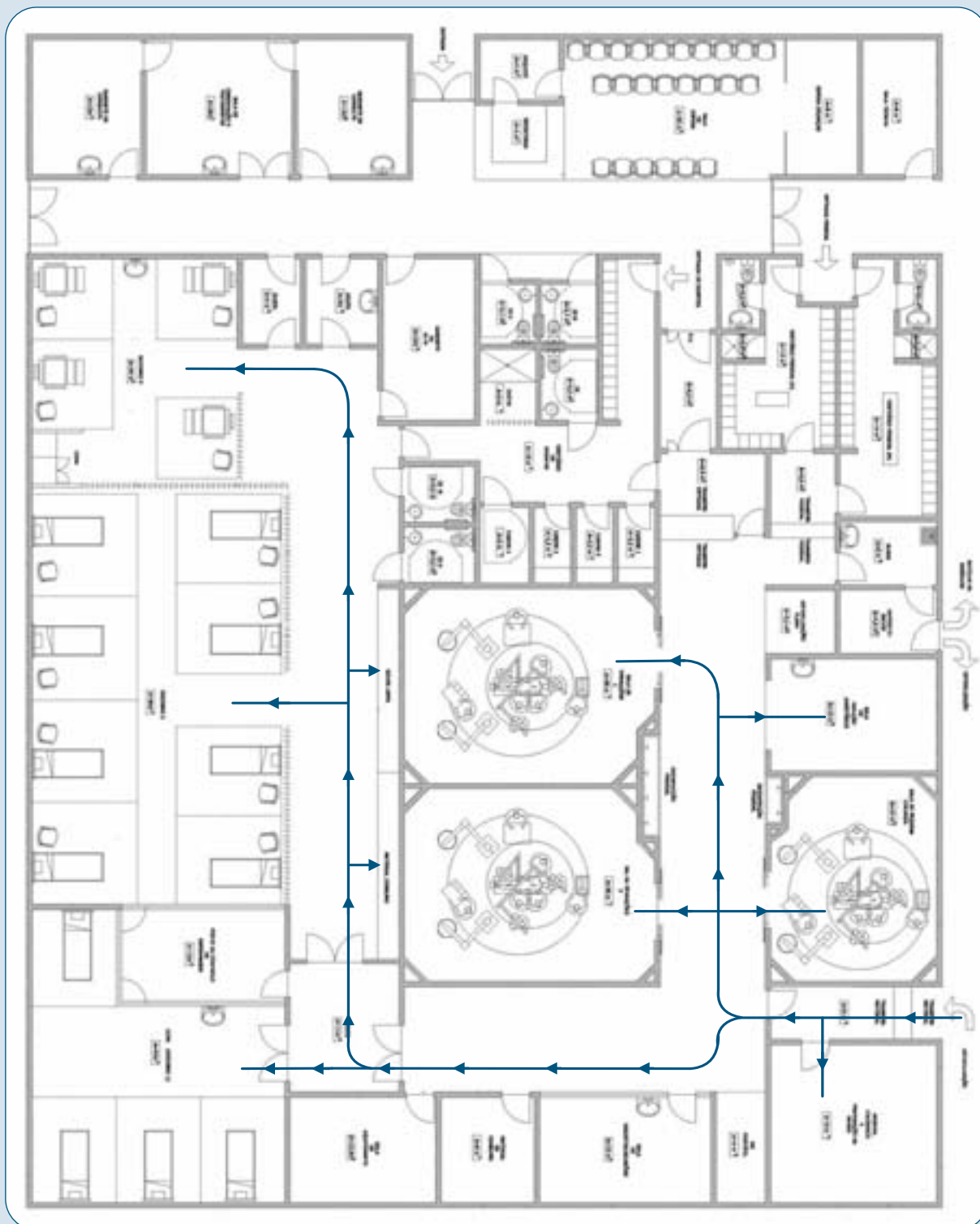






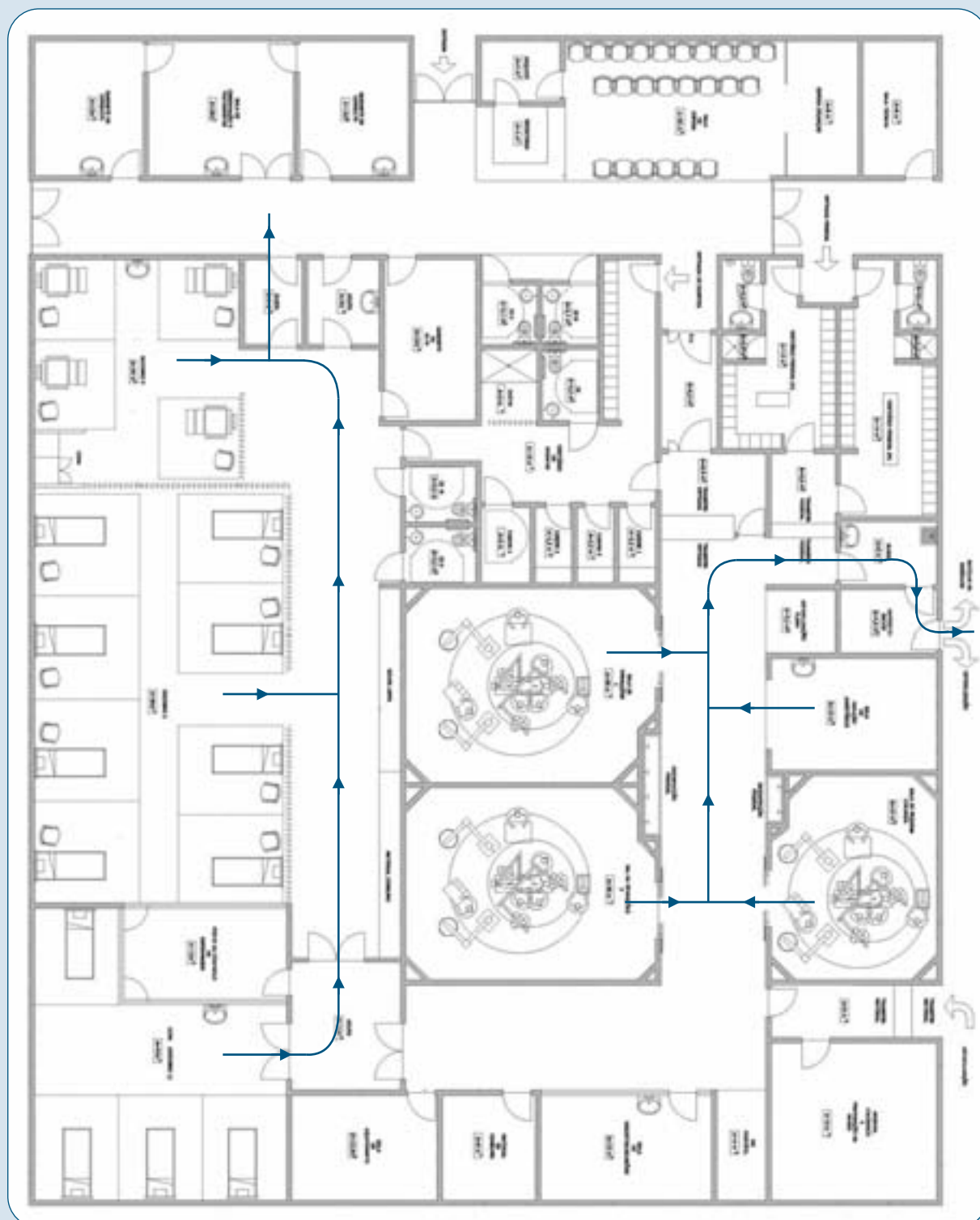


→ Circuito de limpos





→ Circuito de sujos





**ANEXO II – REQUISITOS, NORMAS E PROGRAMA FUNCIONAL DA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO****NORMAS GENÉRICAS DE CONSTRUÇÃO, SEGURANÇA E PRIVACIDADE**

- A construção deve contemplar a eliminação de barreiras arquitectónicas.
- Os acabamentos utilizados devem permitir a manutenção de um grau de higienização compatível com a actividade a que se destinam.
- As unidades devem garantir a localização de instalações técnicas, de armazenagem de fluidos inflamáveis ou perigosos e de gases medicinais, caso existam, nas condições de segurança legalmente impostas.
- Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.
- Os corredores e demais circulações horizontais deverão ter como pé direito útil mínimo, 2,40m. Entende-se por pé direito útil, a altura livre do pavimento ao tecto ou tecto falso.
- As salas de operações deverão ter um pé-direito útil mínimo de 3m, apesar de poder haver rebaixamentos na periferia das mesmas.
- Os corredores destinados a circulação de camas e macas devem ter o mínimo de 2,20 m de largura.
- As portas das salas utilizadas na passagem de macas e camas devem ter o mínimo de 1,40 m de largura útil.
- No caso de existir pediatria, deve haver um circuito independente para crianças
- As unidades devem garantir as condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes.

**COMPARTIMENTOS E ÁREAS**

DESIGNAÇÃO	FUNÇÃO DO COMPARTIMENTO	ÁREA ÚTIL (mínima) m <sup>2</sup>	LARGURA (mínima) m	OBS.
<b>ÁREA DE ACOLHIMENTO E CONSULTAS</b>				
Recepção/secretaria	Secretaria com zona de atendimento de público	–	–	–
Zona de espera	Para doentes e acompanhantes junto à recepção/secretaria: – Para adultos – Para crianças (se houver pediatria)	–	–	–
Instalação sanitária de público		–	–	Adaptada a deficientes
Vestiário de doentes	Para doentes da cirurgia de ambulatório, com instalação sanitária e cacifos.	10 + 4	–	1 cabine/sala de operações
Gabinete de consulta	Para avaliação pré-operatória	12	2.60	1 por cada 2 salas de operações
Sala de observação/ tratamentos	Para observação e preparação de doentes e tratamentos no pós operatório	16	3.50	–
<b>ÁREA CIRÚRGICA</b>				
Transfer	Transferência do doente da zona externa para a zona interna	–	–	–
Zona de desinfecção de pessoal	Em área aberta, contígua às salas de operações	3	–	–
Sala de anestesia	Preparação do doente e indução anestésica	15	–	Comum a 2 salas de operações
Sala de operações a) b)	– Classe A: cirurgia menor com anestesia local	16	3,5	–
	– Classe B: cirurgia menor ou major com anestesia loco-regional	24	4,5	
	– Classe C: cirurgia major com anestesia geral com suporte ventilatório	36	5,5	

(continua na página seguinte)



DESIGNAÇÃO	FUNÇÃO DO COMPARTIMENTO	ÁREA ÚTIL (mínima) m <sup>2</sup>	LARGURA (mínima) m	OBS.
Zona de esterilização flash	Para armazenamento de autoclave flash	–	–	Em área aberta, central às salas de operações
Zona de raio-X portátil	Para armazenamento de raio-X portátil	–	–	Em área aberta, central às salas de operações
<b>ÁREA DE RECUPERAÇÃO</b>				
Unidade de cuidados pós-anes-tésicos (U.C.P.A) – recobro 1	Recuperação pós-operatória: 2 camas / sala de operações (oftalmologia – 1 cama / sala de operações)	12/cama	–	Classe A – não exigida
Sala de recobro 2	Recuperação intermédia do doente: 4 camas / sala de operações (oftalmologia – 2 camas / sala de operações)	10/cama	–	– em área aberta com o recobro 3 – com cortinas separativas
Sala de recobro 3	Recuperação final do doente: 2 cadeirões / sala de operações (oftalmologia – 6 cadeirões / sala de operações)	6/cadeirão	–	– em área aberta com o recobro 2 – com cortinas separativas
Posto de controlo de enfermagem	Controlo dos doentes, com bancada de trabalho de enfermagem, com acesso directo à UCPA	10	–	Comum UCPA e à área aberta dos recobros 2 e 3
Instalação sanitária doentes Para doentes em recuperação,	adaptada a deficientes.	–	–	Na área de recobro 3
Gabinete de alta	Avaliação final do doente e alta	12	–	
Sala de sujos e despejos	Para sacos de roupa suja e de resíduos	–	–	De apoio à área de recuperação
<b>ÁREA DE PESSOAL</b>				
Vestário de pessoal	Com zona de cacifos, instalação sanitária e chuveiros, com acesso directo à zona operatória	–	–	Mínimo 6m <sup>2</sup>
Instalação sanitária de pessoal	–	–	–	Apoio à área aberta dos recobros 2 e 3
Sala de registos/reuniões/pausa	Trabalho de médico, enfermeiro, reuniões e pausa do pessoal	–	–	
Copa	Distribuição das refeições leves aos doentes	–	–	Em área resguardada do recobro 3
<b>ÁREA LOGÍSTICA</b>				
Sala de sujos e despejos	Para sacos de roupa suja e de resíduos	4	–	De apoio à área cirúrgica
Transfer de material	Entrada de material vindo do exterior do bloco	–	–	–
Arsenal cirúrgico e preparação de mesas	Armazém de material cirúrgico e preparação das mesas	–	–	–
Sala de material de consumo	Arrumação de material de consumo	–	–	–
Zona de roupa limpa	Arrumação de roupa limpa	–	–	arrumação em armário/estante/carro
Sala de equipamento	Para material e equipamento	–	–	–
Material de limpeza	Arrumo de material e carro de limpeza	–	–	–
Sala técnica informática	Para bastidores e servers	–	–	–
Sala de lavagem, desinfecção e esterilização de arrastadeiras	–	–	–	Dispensável quando no serviço existirem arrastadeiras descartáveis

(continua na página seguinte)



## EQUIPAMENTO SANITÁRIO

SERVIÇO/COMPARTIMENTO	EQUIPAMENTO SANITÁRIO
Instalação sanitária de público/doentes/pessoal:	
Antecâmara (se existir)	Lavatório
Cabine de retrete	Lavatório e bacia de retrete (2)
Instalação sanitária no vestiário de pessoal/doentes:	
Antecâmara (se existir)	Lavatório
Cabine de retrete	Lavatório e bacia de retrete (2)
Cabine de duche	Duche (2)
Gabinete de consulta	Lavatório (2)
Sala de observação e de tratamentos	Lavatório (3) e tina de bancada (3)
Zona de desinfecção de pessoal	Tina de desinfecção (3)
Sala de anestesia	Lavatório (3)
Zona de esterilização flash	(4)
Posto de controlo de enfermagem	Tina de bancada (3)
UCPA – recobro 1	Lavatório (3)
Recobro 2	Lavatório (3)
Recobro 3	Lavatório (3)
Adufa para entrada de visitas	Lavatório (3) (5)
Sala de lavagem, desinfecção e esterilização de arrastadeiras <sup>(1)</sup>	Lavatório, pia hospitalar, máquina de lavagem e desinfecção de arrastadeiras
Sala de sujos e despejos	Lavatório, pia hospitalar, máquina de eliminação de arrastadeiras descartáveis
(1) Dispensável quando no serviço existirem arrastadeiras descartáveis. (2) Com acessórios para deficientes, quando para tal fim. (3) Com torneiras de comando não manual. (4) Com pontos de água e de esgoto. (5) Ou existência de desinfetante líquido	

## INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTO ELÉCTRICOS

SERVIÇO / COMPARTIMENTO	Sistema de sinalização de chamada e alarme	Alimentação de energia de socorro (iluminação) (*)	Alimentação de energia de socorro (*) (tomadas de corrente e alimentações especiais)	Alimentação de energia de segurança médica ou informática (**)	Ligações equipotenciais, pavimentos anti-estáticos e neutro isolado
ACOLHIMENTO E CONSULTAS					
Recepção/Secretaria	f)	b)	b)	–	–
Zona de espera	–	b)	–	–	–
I.Sanit. público (adaptada a deficientes)	b)	b)	–	–	–
Vestiário de doentes	a)	b)	–	–	–
Gabinete de consulta	–	b)	b)	–	–
Sala de observação/tratamentos	b)	b)	b)	–	–
ÁREA CIRÚRGICA					
Transfer	–	b)	–	–	–
Zona de desinfecção de pessoal	–	b)	–	–	–
Sala de anestesia	–	b)	b)	c)	e) + g)
Sala de operações	b)	b)	12 tom. + alim. marquesa	c) + h)	e) + g)

(continua na página seguinte)



SERVIÇO / COMPARTIMENTO	Sistema de sinalização de chamada e alarme	Alimentação de energia de socorro (iluminação) (*)	Alimentação de energia de socorro (*) (tomadas de corrente e alimentações especiais)	Alimentação de energia de segurança médica ou informática (**)	Ligações equipotenciais, pavimentos anti-estáticos e neutro isolado
Zona de esterilização flash	–	b)	b)	–	–
Zona de raio-X portátil	–	b)	b)	–	–
<b>ÁREA DE RECUPERAÇÃO</b>					
Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (U.C.P.A) – recobro 1	b)	b)	b)	c)	e) + g)
Sala de recobro 2	b)	b)	b)	–	–
Sala de recobro 3	b)	b)	b)	–	–
Posto de controlo de enfermagem	b)	b)	b)	–	–
Instalação sanitária de doentes	b)	b)	–	–	–
Gabinete de alta	–	b)	b)	–	–
Sala de sujos e despejos	–	b)	–	–	–
<b>ÁREA DE PESSOAL</b>					
Vestiário de pessoal	–	b)	–	–	–
Instalação sanitária de pessoal	–	b)	–	–	–
Sala de registos/reuniões/pausa	–	b)	b)	–	–
Copa	–	b)	d)	–	–
<b>ÁREA LOGÍSTICA</b>					
Sala de sujos e despejos	–	b)	–	–	–
Transfer de material	–	b)	–	–	–
Arsenal cirúrgico e prep.de mesas	–	b)	b)	–	–
Sala de material de consumo	–	b)	–	–	–
Sala de equipamento	–	b)	–	–	–
Sala técnica informática	–	b)	–	i)	–
Sala de lavagem, desinfecção e esterização de arrastadeiras	–	b)	–	–	–
<p><b>OBSERVAÇÕES:</b></p> <p>* Alimentação de socorro ou de substituição: alimentação eléctrica destinada a manter em funcionamento uma instalação ou partes desta em caso de falta da alimentação normal por razões que não sejam a segurança de pessoas. A fonte de energia eléctrica de socorro será constituída, em regra, por um grupo gerador accionado por motor de combustão. De acordo com as regras técnicas das instalações eléctricas de Baixa Tensão, os equipamentos essenciais à segurança das pessoas deverão ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única.</p> <p>** Alimentação de energia de segurança médica e informática: alimentação eléctrica destinada a manter em funcionamento equipamentos essenciais à realização de exames, prestação de cuidados ou operações aos doentes. Em regra, esta alimentação é assegurada por unidades de alimentação ininterrupta (UPS) ligadas a grupo(s) de socorro. A autonomia das UPS não deverá ser inferior a 15 minutos. A iluminação operatória (luz sem sombra) deve ser alimentada por uma fonte com autonomia mínima de 1 hora que, no caso de não haver grupo gerador, deve ser de 3 horas. Para o equipamento informático da sala técnica (servidores, etc), a autonomia da UPS deve ser de, pelo menos, 15min e potencia compatível com os equipamentos a alimentar.</p> <p><b>NOTAS:</b></p> <p>a) Facultativo b) Obrigatório c) Iluminação, tomadas de corrente e alimentação especiais, excepto tomada para RX portátil d) Uma tomada de corrente para frigorífico e) Ligadores de terra p/ massas metálicas não eléctricas e pavimentos condutivos f) Sistema que permita a comunicação entre a entrada do serviço e o interior g) Sistema de distribuição de energia a neutro isolado (IT) h) Iluminação de luz sem sombra com autonomia própria mínima de 1 hora i) Tomadas de corrente e alimentações especiais para informática</p> <p><b>REQUISITOS ESPECIAIS:</b></p> <p>1. As unidades devem dispor de um sistema acústico-luminoso que assegure a chamada de enfermeira pelos doentes. Este sistema deve satisfazer às seguintes condições:</p> <p>(i) Incorporar um dispositivo de chamada e um sinalizador luminoso de confirmação de chamada localizado junto à cabeceira da cama ou em local visível pelo doente. O cancelamento da chamada só poderá ser efectuado no próprio compartimento onde se realizou a chamada. A chamada é assinalada por sinalização luminosa junto à porta de entrada da enfermaria ou quarto e no posto de enfermeira com sinal acústico e luminoso.</p> <p>(ii) Possibilitar a transferência de chamadas para o local onde se encontre a enfermeira e a realização de chamadas de emergência.</p>					

(continua na página seguinte)



- (iii) Os demais compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente instalações sanitárias, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeiras.
- (iv) O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança.
- Nos locais de prestação de cuidados ou de realização de exames em ambulatório, o sistema de sinalização incorpora, apenas, o equipamento indicado em (i) adaptado à respectiva utilização.
2. Todos os compartimentos deverão dispor do número de tomadas necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza.
  3. Quando estiverem previsto aparelhos de RX portátil que careçam de tomada de alimentação de energia eléctrica com características especiais, deverão ser instaladas tomadas apropriadas em todos os locais onde estes aparelhos devam ser utilizados.
  4. Sempre que o edifício da unidade de saúde tenha um desenvolvimento em altura superior a um piso, deve dispor de elevadores, sendo um deles, pelo menos, com capacidade para o transporte de camas e com as dimensões interiores não inferiores a 2,40 m, 1,40 m e 2,30 m, respectivamente de comprimento, de largura e de altura. As portas devem ser automáticas com 1,30 m de largura e 2,10 m de altura livre de passagem.
  5. Todos os elevadores deverão dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia eléctrica. Pelo menos um elevador com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro.

## INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS MECÂNICOS

ÁREA DE ACOLHIMENTO E CONSULTAS/ APOIOS			
	Recepção/secretaria	Zonas de espera	Sala técnica
Tratamento	Ventiloconvector*	Ventiloconvector*	Ventiloconvector **
Ar novo	15 m <sup>3</sup> /h.p (1)	15 m <sup>3</sup> /h.p (1)	—
Condições ambiente	Verão: 25°C	Verão: 25°C	Verão: 25°C
	Inverno: 20°C	Inverno: 20°C	Inverno: 20°C
Ventilação	sim, forçada (2)	sim, forçada (2)	—
Sobrepresão/subpressão	equilíbrio	equilíbrio	—
	Sala de observação/tratamentos	Gabinete de consulta	
Tratamento	Ventiloconvector*	Ventiloconvector*	
Ar novo	30 m <sup>3</sup> /h.p (1)	30 m <sup>3</sup> /h.p (1)	
Condições ambiente	Verão: 25°C	Verão: 25°C	
	Inverno: 22°C	Inverno: 22°C	
Extracção	sim, forçada (2)	sim, forçada (2)	
Sobrepresão/subpressão	Subpressão	equilíbrio	
ÁREA CIRÚRGICA E DE RECUPERAÇÃO			
	Sala de Operações Classes A/ B	Sala de Operações Classe C	UCPA e Salas de Recobro 2 e 3
Tratamento	UTA e ventilador por sala e anexos (3)	UTA e ventilador por sala e anexos (3)	UTA e ventilador por sala e anexos (3)
Filtragem do ar	F5 e F9	F5 e F9	F5 e F9
Filtragem suplementar	sim, terminal; H14	sim, terminal; H14	sim; H12 (4)
Humidificação	sim, por vapor	sim, por vapor	sim, por vapor
Sobrepresão/subpressão	sobrepresão (5)	sobrepresão (5)	sobrepresão (5)
Insuflação	difusores c/ filtro terminal	difusores c/ filtro terminal	difusores
Caudal de ar recirculado	20 ren/h	20 ren/h	10 ren/h
Recirculação	sim	sim	sim

(continua na página seguinte)



	Sala de Operações – classes A/ B	Sala de Operações – classe C	UCPA e Salas de Recobro 2 e 3
Ar novo	mínimo de 600 m³/h	mínimo de 800 m³/h	50 m³/h.p
Diferencial de temperatura	máximo 8°C em frio	máximo 8°C em frio	máximo 8°C em frio
Condições ambiente	20°C a 24 °C; 60%HR	20°C a 24 °C; 60%HR	24 °C; 60%HR
	Zona de desinfecção/ sala de anestesia/transfer	Zona de esterilização flash	Posto contr. Enf./ gabinete de alta/reuniões
Tratamento	UTA e ventilador específico	Ventiloconvector *	Ventiloconvector *
Filtragem do ar	F5 e F9	–	–
Filtragem suplementar	não	não	–
Humidificação	não	não	–
Sobrepresão/subpressão	sobrepresão	equilíbrio	equilíbrio
Insuflação	difusores	–	–
Caudal de ar recirculado	8 ren/h	não	–
Recirculação	sim	não	–
Ar novo	50 m³/h.p (6)	15 m³/h.m² (6)	30 m³/h.p (1)
Diferencial de temperatura	máximo 8°C em frio	–	–
Condições ambiente	24 °C; 50%HR	V: 25°C, Inv: 20°C	V: 25°C, Inv: 20°C
Extracção	sim, forçada (2)	sim, forçada (2)	sim, forçada (2)
	Arsenal cirúrgico	Material de consumo	
Tratamento	UTA e ventilador específicos	Ventiloconvector*	
Filtragem do ar	F5 e F9	–	
Filtragem suplementar	não	–	
Sobrepresão/subpressão	sobrepresão	sobrepresão	
Insuflação	difusores	–	
Caudal de ar recirculado	8 ren/h	–	
Recirculação	sim		
Ar novo	15 m³/h.m²	10 ren/h (1)	
Diferencial de temperatura	máximo 8°C em frio		
Condições ambiente	26°C; 40% a 50%HR	V: 25°C, Inv: 20°C	
Extracção	sim, forçada (2)	sim, forçada (2)	

NOTAS:

\* Poderão ser utilizados outros tipos de unidades terminais, desde que não sejam de expansão directa nem promovam a recirculação do ar com dispensa de filtragem.

\*\* Poderão ser utilizadas unidades de expansão directa.

(1) A UTAN a utilizar deverá ter filtragem final mínima F7.

(2) Com sistemas de extracção generalizados, o sistema de 'sujos' deverá ser independente do de 'limpos'.

(3) Recomenda-se que a UTA seja dotada de variador de velocidade, garantindo o caudal nominal.

(4) Os filtros deverão estar montados fora da sala e com fácil acessibilidade.

(5) As salas de operações devem estar em sobrepresão em relação aos anexos, e estes em sobrepresão em relação aos restantes locais do B.O. No geral, o B.O. deverá estar em sobrepresão em relação aos serviços adjacentes.

(6) A UTAN a utilizar deverá ter filtragem final mínima F9.



## B. CONDIÇÕES DE EXTRACÇÃO DE AR NOUTRAS SALAS DE APOIO AOS DIVERSOS SERVIÇOS

## VENTILAÇÃO

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, serão aplicados sistemas de extracção forçada de ar, devendo ser consideradas nesses casos as seguintes taxas de extracção de ar:

Sala de despejos	10 ren/h
Arquivos	2 ren/h
Arrumos	2 ren/h
Instalações sanitárias	10 ren/h

## GASES MEDICINAIS E ASPIRAÇÃO (Número mínimo de tomadas a considerar)

Compartimento	O <sub>2</sub>	CO <sub>2</sub>	N <sub>2</sub> O	Aspiração (vácuo)	Ar comprimido respirável 300 kPa	700 kPa
Sala de observação/ tratamentos	1/sala	–	–	1/sala	–	–
Sala de anestesia	2/cama	–	1/cama	1/cama	1/cama	–
Salas de operações	– Classe A: a)	1/sala	–	1/sala	–	–
	– Classe B: a)	1/sala	–	1/sala	–	–
	c)	1/sala	–	1/sala	1/sala	–
	– Classe C: b)	1/sala	1/sala	1/sala	–	1/cama
	c)	1/sala	1/sala	2/sala	2/sala	–
Unidade de cuidados pós-anestésicos (U.C.P.A)	2/cama	–	–	1/cama	1/cama	–
Sala de recobro 2	1/cama	–	–	1/cama	1/cama	–
Sala de recobro 3	1/cad.	–	–	–	–	–

## NOTAS:

a) braço extensível ou suporte de tecto

b) em suporte de tecto para a cirurgia

c) em suporte de tecto para a anestesia

## OUTROS REQUISITOS:

- Se o vácuo for produzido através de bombas, a correspondente central deve ser fisicamente separada das restantes, com a extracção do sistema situada a uma cota de, pelos menos, 3 m acima das admissões de ar próximas.
- Se o ar comprimido respirável for produzido por compressores, a central deve de ser fisicamente separada das restantes.
- Todas as centrais devem ter uma fonte primária, uma fonte secundária e uma fonte de reserva, de comutação automática.
- Tomadas de duplo fecho, não intermutáveis de fluido para fluido.
- A utilização do tubo de poliamida apenas deverá ser permitida nas calhas técnicas, suportes de tecto e colunas de tecto, quando integrado pelo fabricante e desde que acompanhados dos respectivos certificados CE medicinal.
- Devem existir tomadas para extracção de gases anestésicos em todos os pontos de utilização de N<sub>2</sub>O, associados a sistema de extracção próprio.
- Caso existam ferramentas pneumáticas, o accionamento será obrigatoriamente assegurado por ar comprimido medicinal.

## EQUIPAMENTOS FRIGORÍFICOS

Frigorífico tipo doméstico com congelador independente	sim
Frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de sangue, certificado para o efeito equipado com registador de temperatura e alarme	sim
Equipamento frigorífico para medicamentos	sim

NOTAS: O equipamento descrito deve ter capacidade adequada às necessidades da unidade de saúde a que se destina e ser alimentado em energia eléctrica pela rede de socorro.



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A análise do retorno de investimentos é um instrumento fundamental em qualquer projecto e para qualquer gestor que pretende tomar uma decisão devidamente fundamentada.

Este aspecto assume particular relevância quando estamos a falar de dinheiros públicos, como é o caso presente.

O estudo de viabilidade económica que agora se apresenta tem por objectivo identificar as mais valias que se podem obter pela operação de construção/remodelação uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório, partindo de um conjunto de pressupostos, do ponto de vista dos proveitos, dos custos e do financiamento.

Este trabalho assenta num conjunto de pressupostos (cfr. Anexo I) que deverão ser adequados à realidade de cada projecto. A Unidade de Cirurgia de Ambulatório – UCA – objecto deste estudo é composta por duas salas operatórias e por uma sala de pequena cirurgia. Os dados utilizados são consistentes, mas assentam em valores médios e pressupostos que deverão ser questionados em cada situação concreta.

O investimento inicial neste projecto seria financiado por capitais próprios ou alheios sem custo de capital. O investidor obteria financiamento a custos zero (caso não seja esta a situação, facilmente se pode adicionar os custos do capital, de forma a ter uma noção global do investimento).

No caso de se optar pela construção de uma unidade nova, estima-se que o investimento total em instalações, equipamentos médicos e mobiliário diverso será de 1,8 milhões de euros, aproximadamente. Se opção recair pela remodelação de instalações já existentes, o investimento total será ligeiramente inferior em cerca de 200 mil euros, isto é 1,6 milhões de euros.

Os cálculos apresentados têm por base o cenário mais desvantajoso, a que corresponde a construção da uma unidade de raiz.

Na análise de viabilidade são considerados dois cenários: o primeiro em que a unidade funciona **sem pernoita** de doentes e um segundo **com pernoita**.

Para o primeiro cenário a unidade irá funcionar das 8-18h, todos os dias úteis, o que corresponde a 250 dias de trabalho por ano. De forma a garantir o recobro anestésico de todos os doentes até às 18h, as 2 salas operatórias funcionarão das 8h às 15h e a sala de pequena cirurgia funciona das 8 às 18h, em dois turnos de 5 horas.

Para este cenário, torna-se necessário dispor da seguinte equipa fixa de profissionais: um director de serviço, 19 enfermeiros (inclui 1 enfermeiro chefe), 3 administrativos e 8 auxiliares. Para o normal funcionamento das duas salas, é necessário dispor, em termos de pessoal médico, de 1 anestesista e 2 cirurgiões em cada sala, num total de 42 horas/médico por dia. Para a sala de pequena cirurgia é necessário assegurar 1 cirurgião com 10 horas por dia. No ano 1, o custo anual da equipa de profissionais afectas a este projecto é de 675.850,56 €. Para efeitos de simulação, considera-se um crescimento anual de 2% nos custos com pessoal. (cfr. Anexo)

No caso da unidade assegurar a pernoita de doentes, torna-se viável operar doentes nas duas salas até às 18h, mantendo-se inalterado o horário da sala de pequena cirurgia.

Neste cenário, a equipa de profissionais mínima será constituída por um director de serviço, 28 enfermeiros (inclui 1 enfermeiro chefe), 3 administrativos e 11 auxiliares. Considerando que haverá mais tempos operatórios disponíveis, será necessário assegurar 60 horas/médicas por dia para as duas salas, mantendo-se as horas de pequena cirurgia. Neste cenário, os custos com pessoal para o 1º ano serão de 943.726,70 €, com um crescimento de 2% ao ano.



Do ponto de vista dos custos operacionais, assumiram-se como valores de referência os valores publicados pela ACSS nos relatórios de custo unitário de 2007, nomeadamente os valores de Setembro de 2007.

Partindo destes valores, obtém-se um valor médio por procedimento para as rubricas de consumos e FSE de 65,35 € e 22,60 €, respectivamente.

Encontrados os valores para as três principais rubricas de custo (consumos, FSE e pessoal), foram assumidos valores para outros custos operacionais e custos indirectos, com base em valores históricos médios.

Do lado dos proveitos, foi assumido que, no 1º ano, no cenário sem pernoita, seria possível facturar 3000 doentes operados e, no cenário com pernoita, 3750. Nos anos seguintes, estes valores sobem para 3250 e 4000 doentes, respectivamente.

O total de proveitos considerados são apenas os doentes facturados quer para o SNS quer para sub-sistemas, assumindo-se que a unidade não irá gerar outro tipo de proveitos operacionais.

Considerando todos os custos e todos os proveitos, procedeu-se à actualização dos 'cash-flow' livres estimados para os 5 anos de projecto. A taxa de actualização dos 'cash flow' utilizada é de 8%.

O valor acrescentado líquido do projecto sem pernoita é de 1.251.577,07 € e com pernoita é de 1.425.877,88 €.

Conclui-se, assim, que para qualquer um dos cenários o projecto tem uma rentabilidade positiva e mereceria ser implementado. O período de recuperação do capital é idêntico nos dois cenários e corresponde ao 4º ano de funcionamento da UCA. O cenário sem pernoita torna-se mais vantajoso, uma vez que o acréscimo de proveitos que se vai obter pelos doentes operados a mais, não compensa o acréscimo de custos, nomeadamente com pessoal.



## 06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### ANEXOS

#### ANEXO I – SIMULAÇÃO FINANCEIRA

##### Pressupostos

1. O investimento inicial é financiado por capitais próprios ou alheios sem custo do capital. (Taxa de juro – 0%).
2. O custo de construção de uma unidade nova é de 1.083.750 € a que corresponde uma amortização anual de 21.675 €.
3. Se a opção recair sobre a remodelação da uma área já existente o custo seria de 867.000 € a que corresponde uma amortização de 17.340 € por ano.
4. Os custos com equipamentos médicos são de 656.000 €, amortizáveis em 7 anos. Para o restante mobiliário e equipamentos estima-se um valor de 105.865 €, amortizáveis em 5 anos.
5. Os cálculos efectuados pressupõem a construção de uma unidade nova.
6. A unidade dispõe de 2 salas operatórias.
7. Pressupondo que a unidade não tem pernoita, esta vai funcionar das 8-18h todos os dias úteis e correspondentes a 250 dias de trabalho por ano. De forma a garantir o recobro anestésico de todos os doentes até às 18h, as salas operatórias funcionam das 8h às 15h. A sala de pequena cirurgia funciona das 8 às 18 em dois turnos de 5 horas.
8. A equipa fixa é constituída por um director de serviço, 18 enfermeiros e 1 enfermeiro chefe, 3 administrativos e 8 auxiliares. A distribuição dos enfermeiros é a seguinte:

NÚMERO DE ENFERMEIROS			
Bloco	6	3 Enfermeiros em cada sala	As salas funcionam das 8 às 15
Recobro Imediato	1	1 Enfermeiro das 8 às 15	
Recobro tardio	4	2 Enfermeiros em cada turno	Funciona das 8-20
Pequena Cirurgia	2	1 Enfermeiro de manhã outro de tarde	
Consulta/Tratamentos	2	1 Enfermeiro de manhã e outro de tarde	
Enfermeiro Chefe	1		

9. Para as salas operatórias são necessários:
  - a) 1 Anestesiologista e 2 cirurgiões em cada sala, num total de 42 horas médicas/dia.
  - b) Para a sala de pequena cirurgia considera-se 1 cirurgião com 10 horas por dia.
10. Os custos com pessoal crescem 2% ao ano.
11. Os custos da estrutura em que nova unidade se insere reflectem-se na unidade de cirurgia ambulatorial sob a forma de custos indirectos e correspondem a 30% dos custos directos de exploração.
12. A rubrica 'Outros Custos Operacionais' representa 4% do total de proveitos da unidade, que correspondem a diferentes consumos hoteleiros.
13. O número de doentes operados estimado é de 5 doentes por cada período de 7 horas, o que equivale a 2500 doentes por ano no primeiro ano. Nos anos seguintes será possível operar 6 doentes por cada período de 7 horas em cada sala. Em pequena cirurgia irão operar-se 14 doentes por dia.



14. Para cálculo de proveitos assume-se o valor de cada GDH cirúrgico de ambulatório de 1936 € e um índice de case mix no 1º ano de 0,40. O índice de case mix nos anos seguintes será 0,44; 0,46; 0,48, 0,50. Pressupõem que o valor do GDH cirúrgico irá crescer 1,5% ao ano. O valor assumido do GDH cirúrgico leva em consideração hospitais do Grupo III e IV. A utilização do valor 2396,25 € corresponde a hospitais dos Grupos I e II e teriam como consequência o aumento dos proveitos e tornar o projecto ainda mais rentável.
  15. O valor de 1936 € assenta no pressuposto que é transmitido pela ACSS, que já compensa todos os custos da cirurgia de ambulatório, incluindo a pequena cirurgia.
  16. Rácio procedimentos realizado/doentes operados = 1,2.
  17. Do total de doentes operados assume-se que 50% são facturáveis. Os restantes 50% correspondem a doentes que realizam procedimentos (dermatologia, cirurgia maxilo-facial, entre outros) não facturáveis.
  18. Assume-se que 90% da produção será em doentes do SNS.
  19. De acordo com o relatório 'Custos Unitários Directos Setembro de 2007 da ACSS', os custos dos consumos dos hospitais do grupo III e IV eram de 69,2 € e 61,5 € respectivamente. Para os FSE os valores destes grupos são de 27,2 € e 18 €. São assumidos os custos destes 2 grupos de hospitais por serem os mais representativos do tecido hospitalar português, e os que com maior probabilidade estarão em condições de investir numa unidade de cirurgia de ambulatório.
  20. Considerando o pressuposto 19, assumem-se como valores médios por procedimentos cirúrgico os seguintes: Consumos: 65,35 € / FSE: 22,60 € .
  21. Assumimos um crescimento dos custos com consumos e FSE de 4%.
  22. Para os valores e pressupostos apresentados, a taxa de retorno do projecto é de 28.03% e o período de rentabilidade do valor aplicado é de 4 anos.
- No caso da unidade ter capacidade para operar com anestesia geral das 8h-18h, o que implica a pernoita dos doentes, teremos alterações nos seguintes pressupostos:
23. A unidade vai funcionar das 8-18H todos os dias úteis e correspondentes a 250 dias de trabalho por ano. A sala de pequena cirurgia funciona das 8 às 18 em dois turnos de 5 horas.
  24. A equipa fixa é constituída por um director de serviço, 27 enfermeiros e 1 enfermeiro chefe, 3 administrativos e 11 auxiliares. A distribuição dos enfermeiros é a seguinte:

NÚMERO DE ENFERMEIROS			
Bloco	12	3 Enfermeiros em cada sala	As salas funcionam das 8 às 18 em dois turnos
Recobro Imediato	2	1 Enfermeiro das 8 às 20	Dois turnos
Recobro tardio	5	2 Enfermeiros em cada turno e um de noite	Funciona 24h
Pequena Cirurgia	2	1 Enfermeiro de manhã outro de tarde	
Consulta/Tratamentos	2	1 Enfermeiro de manhã e outro de tarde	
Enfermeiro Chefe	1		

25. Para as salas operatórias são necessários:
  - a) 1 Anestesiista e 2 cirurgiões em cada sala, num total de 60 horas médicas/dia.
  - b) Para a sala de pequena cirurgia considera-se 1 cirurgião com 10 horas por dia.



26. Os custos com pessoal de enfermeiros e auxiliar crescem relativamente à primeira simulação, para considerar as noites. A hora nocturna corresponde a 25% acima da hora normal para 250 dias úteis por ano.
27. Ao nível da produção, mantém-se o valor da produção de pequena cirurgia. A produção de cirurgia com anestesia geral aumenta para 8 por dia no primeiro ano e 9 por dia nos anos seguintes.
28. Todos os restantes pressupostos se mantêm inalterados.
29. Considerando estas alterações, o Valor Acrescentado líquido do projecto será de 1.425.877,88 € e a taxa de rentabilidade de 30,7%. O 'break-even' ocorrerá no início do 4º ano.

#### A. ESTUDO DE NOVA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO SEM PERNOITA

UNIDADE NOVA							
	Ano 0	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	
Investimento Inicial	1,845,615.00 €						
Resultado líquido da unidade		323,044.90 €	662,692.49 €	689,015.31 €	794,476.68 €	813,631.86 €	
Amortizações		136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	
Cash-Flow Livre	-1,845,615.00 €	459,607.19 €	799,254.78 €	825,577.59 €	931,038.97 €	950,194.15 €	
Taxa de desconto	8%						
Valor Actual Cash Flow		425,562.21 €	685,232.15 €	655,370.11 €	684,341.43 €	646,686.17 €	
VAL do Projecto	1,251,577.07 €						
TIR	28.45%	357,817.76 €	484,434.87 €	389,567.87 €	342,033.12 €	271,761.38 €	1,845,615.00 €

DEMONSTRAÇÃO RESULTADOS					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Proveitos					
SNS	2,090,880.00 €	2,529,006.48 €	2,606,233.50 €	2,760,341.22 €	2,834,325.00 €
Não SNS	232,320.00 €	281,000.72 €	289,581.50 €	306,704.58 €	314,925.00 €
<b>Total proveitos</b>	<b>2,323,200.00 €</b>	<b>2,810,007.20 €</b>	<b>2,895,815.00 €</b>	<b>3,067,045.80 €</b>	<b>3,149,250.00 €</b>
Custos					
Total Consumos	470,520.00 €	530,119.20 €	551,323.97 €	573,376.93 €	596,312.00 €
Total FSE	162,720.00 €	183,331.20 €	190,664.45 €	198,291.03 €	206,222.67 €
Custos com pessoal	675,850.56 €	689,367.57 €	703,154.92 €	717,218.02 €	731,562.38 €
Outros Custos Operacionais	92,928.00 €	112,400.29 €	115,832.60 €	122,681.83 €	125,970.00 €
Amortizações do Exercício	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €
Total Custos Operacionais	1,538,580.85 €	1,651,780.54 €	1,697,538.22 €	1,748,130.09 €	1,796,629.34 €
Total Custos indirectos (30%)	461,574.25 €	495,534.16 €	509,261.47 €	524,439.03 €	538,988.80 €
<b>Total Custos</b>	<b>2,000,155.10 €</b>	<b>2,147,314.71 €</b>	<b>2,206,799.69 €</b>	<b>2,272,569.12 €</b>	<b>2,335,618.14 €</b>
Resultado Líquido da Unidade	323,044.90 €	662,692.49 €	689,015.31 €	794,476.68 €	813,631.86 €



## ESTIMATIVA PRODUÇÃO

	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Doentes Operados por sala	5	6	6	6	6
Doentes Operados por ano	2500	3000	3000	3000	3000
Doentes Operados em pequena cirurgia por ano	3500	3500	3500	3500	3500
n.º procedimentos por ano	7200	7800	7800	7800	7800

## PROVEITOS

	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
GDH Cirurgico Ambulatorio	1,936.00 €	1,965.04 €	1,937.00 €	1,966.06 €	1,938.00 €
ICM	0.4	0.44	0.46	0.48	0.5
Valor a receber por doente	774.40 €	864.62 €	891.02 €	943.71 €	969.00 €
<b>Total doentes Operados ano</b>	<b>6000</b>	<b>6500</b>	<b>6500</b>	<b>6500</b>	<b>6500</b>
Doentes Facturáveis	3000	3250	3250	3250	3250
Valor a receber pela produção SNS	2,090,880.00 €	2,529,006.48 €	2,606,233.50 €	2,760,341.22 €	2,834,325.00 €
Valor a receber pela produção Não SNS	232,320.00 €	281,000.72 €	289,581.50 €	306,704.58 €	314,925.00 €
<b>Valor total da produção</b>	<b>2,323,200.00 €</b>	<b>2,810,007.20 €</b>	<b>2,895,815.00 €</b>	<b>3,067,045.80 €</b>	<b>3,149,250.00 €</b>

## CUSTOS COM CONSUMIVEIS

	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Doentes operados	6000	6500	6500	6500	6500
Procedimentos realizados	7200	7800	7800	7800	7800
Consumo por procedimento	65.35 €	67.96 €	70.68 €	73.51 €	76.45 €
FSE por procedimento	22.60 €	23.50 €	24.44 €	25.42 €	26.44 €
Consumos	470,520.00 €	530,119.20 €	551,323.97 €	573,376.93 €	596,312.00 €
FSE	162,720.00 €	183,331.20 €	190,664.45 €	198,291.03 €	206,222.67 €
Custo Unitário por Procedimento	Consumos		FSE		
	Junho	Setembro	Junho	Setembro	
Hospitais Grupo III	30.90 €	69.20 €	13.20 €	27.20 €	
Hospitais Grupo IV	41.00 €	61.50 €	10.50 €	18.00 €	
<b>Valor médio a considerar Ano 1</b>		<b>65.35 €</b>		<b>22.60 €</b>	



## CUSTOS COM PESSOAL

Equipa Fixa	N.º Elementos	Salário Mensal	Custo Anual	Observações
Médicos	1	2,627.49 €	36,784.86 €	Director Serviço
Enfermeiros	19	1,330.00 €	353,780.00 €	18 enfermeiros (35H) e 1 enfermeiro chefe (35H)
Auxiliares	8	603.84 €	67,630.08 €	Garantir que há 3 A.A.M. (35H) em cada turno
Administrativos	3	740.61 €	31,105.62 €	Horário rotativo com turnos de 7 horas.

## EQUIPA VARIÁVEL PARA 2 SALAS A TRABALHAR 7H (8-15H) + SALA PEQUENA CIRURGIA (8H-18H)

	N.º Elementos	Valor Hora	Horas Necessárias por dia	Valor Anual (250 dias)
Anestesiastas	2	14.35 €	14	50,225.00 €
Cirurgiões	5	14.35 €	38	136,325.00 €

	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Custos Pessoal	675,850.56 €	689,367.57 €	703,154.92 €	717,218.02 €	731,562.38 €

## NÚMERO DE ENFERMEIROS

Bloco	6	3 enfermeiros em cada sala. As salas funcionam das 8 às 15 horas
Recobro Imediato	1	1 enfermeiro das 8 às 15 horas
Recobro tardio	4	2 enfermeiros em cada turno. Funciona das 8-18 horas
Pequena Cirurgia	2	1 enfermeiro de manhã outro de tarde
Consulta/Tratamentos	2	1 enfermeiro de manhã e outro de tarde
Enfermeiro Chefe	1	
Manha	12	
Tarde	4	
Enf. Necessários	19	

## AMORTIZAÇÕES

Nova unidade	Anos de duração do bem	Taxa	Valor aquisição	Amortização
Edifício	50	2.0%	1,083,750.00 €	21,675.00 €
Equipamentos Médicos	7	14.3%	656,000.00 €	93,714.29 €
Mobiliário diverso	5	20.0%	105,865.00 €	21,173.00 €
				<b>136,562.29 €</b>
Unidade Remodelada	Anos de duração do bem	Taxa	Valor aquisição	Amortização
Edifício	50	2.0%	867,000.00 €	17,340.00 €
Equipamentos Médicos	7	14.3%	656,000.00 €	93,714.29 €
Mobiliário diverso	5	20.0%	105,865.00 €	21,173.00 €
m²: 867	Custo m² construção nova: 1250 €	Custo m² remodelação: 1000 €	<b>132,227.29 €</b>	



## B. ESTUDO DE NOVA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO COM PERNOITA

UNIDADE NOVA							
	Ano 0	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	
Investimento Inicial	1,845,615.00 €						
Resultado líquido da unidade		319,601.32 €	708,196.73 €	737,626.17 €	864,397.56 €	884,885.39 €	
Amortizações		136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	
Cash-Flow Livre	-1,845,615.00 €	456,163.61 €	844,759.01 €	874,188.46 €	1,000,959.84 €	1,021,447.68 €	
Taxa de desconto	8%						
Valor Actual Cash Flow		422,373.71 €	724,244.70 €	693,958.98 €	735,735.37 €	695,180.12 €	
VAL do Projecto	1,425,877.88 €						
TIR	30.71%	348,996.18 €	494,461.98 €	391,476.03 €	342,938.94 €	267,741.88 €	1,845,615.00 €

DEMONSTRAÇÃO RESULTADOS					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Proveitos					
SNS	2,613,600.00 €	3,112,623.36 €	3,207,672.00 €	3,397,343.04 €	3,488,400.00 €
Não SNS	290,400.00 €	345,847.04 €	356,408.00 €	377,482.56 €	387,600.00 €
Total proveitos	2,904,000.00 €	3,458,470.40 €	3,564,080.00 €	3,774,825.60 €	3,876,000.00 €
Custos					
Total Consumos	588,150.00 €	652,454.40 €	678,552.58 €	705,694.68 €	733,922.47 €
Total FSE	203,400.00 €	225,638.40 €	234,663.94 €	244,050.49 €	253,812.51 €
Custos com pessoal	943,726.70 €	962,601.23 €	981,853.26 €	1,001,490.32 €	1,021,520.13 €
Outros Custos Operacionais	116,160.00 €	138,338.82 €	142,563.20 €	150,993.02 €	155,040.00 €
Amortizações do Exercício	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €	136,562.29 €
Total Custos Operacionais	1,987,998.98 €	2,115,595.13 €	2,174,195.25 €	2,238,790.80 €	2,300,857.39 €
Total Custos indirectos (30%)	596,399.69 €	634,678.54 €	652,258.58 €	671,637.24 €	690,257.22 €
<b>Total Custos</b>	<b>2,584,398.68 €</b>	<b>2,750,273.67 €</b>	<b>2,826,453.83 €</b>	<b>2,910,428.04 €</b>	<b>2,991,114.61 €</b>
Resultado Líquido da Unidade	319,601.32 €	708,196.73 €	737,626.17 €	864,397.56 €	884,885.39 €

ESTIMATIVA PRODUÇÃO					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Doentes Operados por sala	8	9	9	9	9
Doentes Operados por ano	4000	4500	4500	4500	4500
Doentes Operados em pequena cirurgia por ano	3500	3500	3500	3500	3500
n.º procedimentos por ano	9000	9600	9600	9600	9600



PROVEITOS					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
GDH Cirurgico Ambulatorio	1,936.00 €	1,965.04 €	1,937.00 €	1,966.06 €	1,938.00 €
ICM	0.4	0.44	0.46	0.48	0.5
Valor a receber por doente	774.40 €	864.62 €	891.02 €	943.71 €	969.00 €
<b>Total doentes Operados ano</b>	<b>7500</b>	<b>8000</b>	<b>8000</b>	<b>8000</b>	<b>8000</b>
Doentes Facturáveis	3750	4000	4000	4000	4000
Valor a receber pela produção SNS	2,613,600.00 €	3,112,623.36 €	3,207,672.00 €	3,397,343.04 €	3,488,400.00 €
Valor a receber pela produção Não SNS	290,400.00 €	345,847.04 €	356,408.00 €	377,482.56 €	387,600.00 €
<b>Valor total da produção</b>	<b>2,904,000.00 €</b>	<b>3,458,470.40 €</b>	<b>3,564,080.00 €</b>	<b>3,774,825.60 €</b>	<b>3,876,000.00 €</b>

CUSTOS COM CONSUMIVEIS					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Doentes operados	7500	8000	8000	8000	8000
Procedimentos realizados	9000	9600	9600	9600	9600
Consumo por procedimento	65.35 €	67.96 €	70.68 €	73.51 €	76.45 €
FSE por procedimento	22.60 €	23.50 €	24.44 €	25.42 €	26.44 €
Consumos	588,150.00 €	652,454.40 €	678,552.58 €	705,694.68 €	733,922.47 €
FSE	203,400.00 €	225,638.40 €	234,663.94 €	244,050.49 €	253,812.51 €
Custo Unitário por Procedimento	Consumos		FSE		
	Junho	Setembro	Junho	Setembro	
Hospitais Grupo III	30.90 €	69.20 €	13.20 €	27.20 €	
Hospitais Grupo IV	41.00 €	61.50 €	10.50 €	18.00 €	
<b>Valor médio a considerar Ano 1</b>		<b>65.35 €</b>		<b>22.60 €</b>	

CUSTOS COM PESSOAL				
Equipa Fixa	N.º Elementos	Salário Mensal	Custo Anual	Observações
Médicos	1	2,627.49 €	36,784.86 €	Director Serviço
Enfermeiros	28	1,330.00 €	521,360.00 €	27 enfermeiros (35H) e 1 enfermeiro chefe (35H)
Auxiliares	11	603.84 €	92,991.36 €	Garantir que há 3 A.A.M. (35H) em cada turno e 1 de noite
Administrativos	3	740.61 €	31,105.62 €	Horário rotativo com turnos de 7 horas.

(continua na página seguinte)



	Horas Nocturnas (12 dia) por ano necessárias	Custo hora normal	Custo anual de horas noite		
Enfermeiro	3000	9.50 €	7,125.00 €		
Auxiliares	3000	4.31 €	3,234.86 €		
EQUIPA VARIÁVEL PARA 2 SALAS A TRABALHAR 7H (8-15H) + SALA PEQUENA CIRURGIA (8H-18H)					
	n.º Elementos	Valor Hora	Horas Necessárias por dia	Valor Anual (250 dias)	
Anestesiastas	4	14.35 €	20	71,750.00 €	
Cirurgiões	5	14.35 €	50	179,375.00 €	
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Custos Pessoal	943,726.70 €	962,601.23 €	981,853.26 €	1,001,490.32 €	1,021,520.13 €
NÚMERO DE ENFERMEIROS					
Bloco	6	3 enfermeiros em cada sala. As salas funcionam das 8 às 18 (2 turnos)			
Recobro Imediato	1	1 enfermeiro das 8 às 20 (2 turnos)			
Recobro tardio	5	2 enfermeiros em cada turno. Funciona das 8-20, mais 1 das 20H-8h			
Pequena Cirurgia	2	1 enfermeiro de manhã outro de tarde			
Consulta/Tratamentos	2	1 enfermeiro de manhã e outro de tarde			
Enfermeiro Chefe	1				
Manha	12				
Tarde	11				
Noite	1				
Enf. Necessários	28				

<b>AMORTIZAÇÕES</b>				
Nova unidade	Anos de duração do bem	Taxa	Valor aquisição	Amortização
Edifício	50	2.0%	1,083,750.00 €	21,675.00 €
Equipamentos Médicos	7	14.3%	656,000.00 €	93,714.29 €
Mobiliário diverso	5	20.0%	105,865.00 €	21,173.00 €
				<b>136,562.29 €</b>
Unidade Remodelada	Anos de duração do bem	Taxa	Valor aquisição	Amortização
Edifício	50	2.0%	867,000.00 €	17,340.00 €
Equipamentos Médicos	7	14.3%	656,000.00 €	93,714.29 €
Mobiliário diverso	5	20.0%	105,865.00 €	21,173.00 €
m²: 867	Custo m² construção nova: 1250 €	Custo m² remodelação: 1000 €	<b>132,227.29 €</b>	



## C. EQUIPAMENTO DE NOVA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### CIRURGIA DE AMBULATÓRIO – EQUIPAMENTO MÉDICO

Estimativa de orçamento de equipamento médico

Salas	Quantidade	Preços sem IVA
Gabinete de consulta	2	2,543 €
Gabinete de alta	1	1,272 €
Sala de observação e tratamentos	1	2,200 €
Sala de operações	3	464,100 €
Equipamento comum	–	113,740 €
Sala de recobro 1	1	39,225 €
Transfer	1	33,275 €
<b>TOTAL</b>		<b>656,355 €</b>

Observações: da relação de equipamentos, em anexo, não constam os preços unitários porquanto estes tem variações muito substanciais dependendo das tecnologias utilizadas e das suas marcas. Utilizaram-se preços médios.

### CIRURGIA DE AMBULATÓRIO – EQUIPAMENTO GERAL

Estimativa de orçamento e relação de equipamento hospitalar

Equipamento	Total s/ IVA
Equipamento hospitalar	81.870,00 €
Equipamento geral	23.995,00 €
<b>TOTAL (equipamento hospitalar + equipamento geral)</b>	<b>105.865,00 €</b>

Observações:

Pos. EQUIPAMENTO HOSPITALAR	Qtd	Preço unit.	Preço tot.
1 Armário de instrumentos	5	650,00 €	3.250,00 €
2 Armário de medicamentos	7	680,00 €	4.760,00 €
3 Armário para estupefacientes	1	400,00 €	400,00 €
4 Bacia oval rodada	4	250,00 €	1.000,00 €
5 Balança de plataforma	3	200,00 €	600,00 €
6 Balde de pensos	15	150,00 €	2.250,00 €
7 Banco rodado	13	100,00 €	1.300,00 €
8 Cama hospitalar de cuidados gerais	12	4.000,00 €	48.000,00 €
9 Carro de pensos	1	1.000,00 €	1.000,00 €
10 Carro para material de sutura	3	800,00 €	2.400,00 €
11 Carro para transporte de roupa limpa	2	500,00 €	1.000,00 €
12 Divã de observações	3	370,00 €	1.110,00 €
13 Maple de enfermaria	4	1.000,00 €	4.000,00 €
14 Marquesa de observações e tratamentos	1	2.500,00 €	2.500,00 €
15 Mesa rodada de apoio	13	200,00 €	2.600,00 €
16 Suporte de bacias	3	250,00 €	750,00 €
17 Suporte rodado duplo para sacos	10	300,00 €	3.000,00 €
18 Suporte rodado para soro e sangue	13	150,00 €	1.950,00 €

Pos. EQUIPAMENTO GERAL	Qtd	Preço unit.	Preço tot.
1 Armário alto	2	350,00 €	700,00 €
2 Armário baixo	1	250,00 €	250,00 €
3 Armário médio	3	300,00 €	900,00 €
4 Armário/cacifo triplo	21	200,00 €	4.200,00 €
5 Bloco de gavetas rodado	2	150,00 €	300,00 €
6 Cabide de parede	14	25,00 €	350,00 €
7 Cadeira de polímero moldado	16	80,00 €	1.280,00 €
8 Cadeira fixa sem braços	14	80,00 €	1.120,00 €
9 Cadeira rodada com braços	8	150,00 €	1.200,00 €
10 Carro de limpeza	1	450,00 €	450,00 €
11 Carro de transporte de diversos	2	400,00 €	800,00 €
12 Cesto de papéis	17	20,00 €	340,00 €
13 Conjunto de 4 cadeiras de polímero moldado	3	300,00 €	900,00 €
14 Conjunto de 5 cadeiras de polímero moldado c/ mesa	2	600,00 €	1.200,00 €
15 Cortina separativa	4	30,00 €	120,00 €
16 Cortina separativa em 'L'	16	50,00 €	800,00 €
17 Escadote	3	75,00 €	225,00 €
18 Maple individual	3	400,00 €	1.200,00 €
19 Mesa baixa	1	80,00 €	80,00 €
20 Mesa de reuniões	3	150,00 €	450,00 €
21 Módulo de prateleiras	23	80,00 €	1.840,00 €
22 Módulo de prateleiras em aço inox	12	250,00 €	3.000,00 €
23 Quadro para escrita	2	150,00 €	300,00 €
24 Quadro de avisos	8	40,00 €	320,00 €
25 Secretária	1	250,00 €	250,00 €
26 Secretária com alonga	4	350,00 €	1.400,00 €
27 Suporte para chapéus de chuva	1	20,00 €	20,00 €



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 7.1. INTRODUÇÃO

O modelo actual de financiamento hospitalar tem por base o pagamento dos serviços de saúde efectivamente prestados e previamente contratualizados, de modo a gerar uma superior eficiência produtiva, económica e distributiva. Deste modo, os Contratos-Programa definem o montante financeiro a pagar pela entidade contratante (Ministério da Saúde), pela prestação de serviços de saúde assegurada pelo hospital a utentes do Serviço Nacional de Saúde e por obrigações decorrentes do Serviço Público de Saúde.

O **Contrato-Programa** é um instrumento complexo, que engloba várias linhas de produção que, no ano de 2008, são as seguintes:

- a) Internamento de agudos e de crónicos;
- b) Ambulatório médico e cirúrgico;
- c) Consultas externas (primeiras e subsequentes);
- d) Atendimentos urgentes;
- e) Sessões de hospital de dia
- f) Serviço domiciliário.

Por outro lado, existem linhas específicas no âmbito da aplicação do Plano Nacional de Saúde, que se traduzem por financiamentos verticais, nomeadamente: (i) tratamento de doentes com VIH; (ii) aperfeiçoamento do registo oncológico; (iii) criação de centros de excelência que acompanhem as grávidas seguidas em centros de saúde, de modo a garantir respostas tecnicamente adequadas à elaboração do diagnóstico pré-natal; (iv) interrupção da gravidez até às 10 semanas; (v) gestão integrada da doença renal crónica – diálise; (vi) medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, da responsabilidade financeira destas instituições.

Para além destas áreas específicas, existe ainda financiamento autónomo para a formação de médicos e para o sistema de custeio por actividades.

O Contrato-Programa para 2008 continua a incluir programas específicos para as seguintes áreas: melhoria da resposta na área dos Cuidados Continuados Integrados – Unidades de Convalescença, Paliativos e AVC; Ajudas Técnicas; Assistência Médica no Estrangeiro; Assistência Médica a recém-nascidos e grávidas de Elvas com partos no Hospital Materno-Infantil de Badajoz; Assistência na área da saúde mental prestada por Ordens Religiosas; Acessos Vasculares; Convenções Internacionais; Diagnóstico da Retinopatia Diabética; Doenças Lisossomais de Sobrecarga; Incentivos aos Transplantes.

Associadas a estas linhas de actividade existe uma **tabela de preços** que, para o ano de 2008 e no que concerne à produção médica e cirúrgica efectuada no ambulatório e no internamento classificada em GDH, é a seguinte:

ACTIVIDADE DE INTERNAMENTO E AMBULATÓRIO CLASSIFICADA EM GDH (preço base)	
Grupos de Financiamento Hospitalar	Preços (2008)
1	2396,25
2	2396,25
3	1841,56
4	1936,91



Os Contratos-Programa também incluem incentivos associados ao cumprimento de objectivos de qualidade, acessibilidade e desempenho. A contratualização destas metas de desempenho tem inerente a criação de um aumento dos níveis de exigência e de responsabilização.

A constituição destes indicadores permite que a tutela dê orientações estratégicas relativamente ao desempenho que espera de cada unidade. Os objectivos fixados estão associados a um sistema de avaliação de desempenho e a uma política de incentivos.

OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA – ANO DE 2008 OBJECTIVOS INSTITUCIONAIS COMUNS (45% DO TOTAL)	
Qualidade e Serviço	
Taxa de (re)admissão no Internamento nos 1. <sup>os</sup> 5 dias (%)	15%
Número de profissionais envolvidos em programas de formação na área do controlo de infecção	15%
Acesso	
N.º doentes referenciados para RNCC/Nº de doentes saídos nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia (%)	15%
Peso das 1 <sup>as</sup> Consultas no Total Consultas Médicas	15%
Desempenho Assistencial	
Peso da Cirurgia de Ambulatório no total Cirurgias Programadas (%)	10%
Demora Média	10%
Desempenho Económico/Financeiro	
Custo unitário por doente padrão	10%
Resultado operacional (€)	10%

Neste âmbito, o 'peso da cirurgia de ambulatório no total das cirurgias programadas' tem sido sempre utilizado como um dos importantes indicadores a monitorizar e avaliar, dependendo do seu efectivo cumprimento uma parte do financiamento que o hospital poderá receber.

Neste modelo utilizado em Portugal, a CNADCA defende o aumento do financiamento da produção em Cirurgia de Ambulatório directamente às Instituições, através da contratualização, direccionando a sua actividade no interesse dos utentes.

Pretende-se que a estratégia implementada tenha um impacto decisivo na mudança de práticas de toda a estrutura hospitalar, podendo ser adaptada localmente a cada instituição, se os conselhos de administração procederem à contratualização com os departamentos e serviços, na mesma linha pragmática, e estes com os profissionais individualmente.



## 7.2. PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES AO SISTEMA DE CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 7.2.1. Tabela de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde

#### 7.2.1.1. Codificação de procedimentos para Cirurgia de Ambulatório

O primeiro constrangimento identificado por todos hospitais, na questão do financiamento, prende-se com o facto de procedimentos potencialmente realizáveis em CA não estarem previstos na Tabela de Preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro (Portaria), o que significa que, caso os hospitais os efectuem em ambulatório, não serão por tal ressarcidos.

A actualização da tabela de preços do SNS é um procedimento moroso, complicado, exigindo múltiplas reuniões de consenso entre peritos para a sua formulação e depois um processo, por vezes longo, de aprovações até à sua publicação. Destes factos, ressalta que o tempo que medeia entre a possibilidade da execução de determinados procedimentos em regime de ambulatório e a sua inclusão nas Tabelas, pode ser moroso.

Um sistema que não financia todos os procedimentos cirúrgicos que devem ser realizados em ambulatório desencoraja a sua execução. Por outro lado, a sua não execução parece evidenciar, a quem analisa os números, de que não vale a pena incluir na Tabela, pois tais procedimentos não são realizados. A única forma de alterar este ciclo vicioso será suportando a definição de preços em evidência clínica e nos resultados dos estudos de avaliação económica efectuados pelas entidades competentes, possibilitando assim, através da criação de preços, a realização de um leque alargado de procedimentos, estimulando a sua realização, mesmo que, em alguns casos, eles ainda não sejam frequentemente efectuados.

Desta forma, será possível acompanhar a evolução da medicina e dos dispositivos e técnicas cirúrgicas, que tem sido exponencial. Por outro lado, a abertura desta possibilidade, permite a sua realização, aquisição de experiência e a sua natural difusão, tendo a noção de que nenhum médico irá efectuar uma técnica se para tal não existir indicação clínica.

Pretende-se, no final deste processo, que a decisão de determinada cirurgia ser efectuada em Cirurgia de Ambulatório ou Cirurgia Convencional (com Internamento) seja baseada apenas em questões de ordem clínica ou social e nunca em critérios administrativo-financeiros.

Assim, deveria ser considerado que a Tabela de preços do SNS e sua regulamentação não deveriam andar atrás da Medicina, mas acompanhá-la, servindo de suportes à sua evolução: usar a contratualização e o financiamento como instrumentos estratégicos na mudança da prática e desempenho das organizações.

Desta forma, a CNADCA propõe que todos os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) cirúrgicos, que constam na Portaria e cujo limiar inferior de internamento (Lim\_Inf) seja igual ou inferior a 4 dias passem a ter 'Peso Relativo em Ambulatório'. Esta pequena 'revolução' administrativa, que inclui 153 GDH, permitiria que a Tabela passasse a contemplar todos os procedimentos actualmente efectuados em CA e os que se prevê possam vir a ser efectuados a curto/médio prazo. Isto é, tornava desnecessário alterar a tabela nos próximos anos, sem nenhuma desvantagem aparente para o sistema (**1.ª Medida**). De sublinhar que, na Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro, apenas existem 89 GDH Cirúrgicos ('C') com 'Peso Relativo em Ambulatório' (nesse sentido, esta proposta propõe aumentar em cerca de 172% a realidade actual).

Para além das mais-valias na mudança de cultura, organização e funcionamento, com vantagens para os doentes e para o SNS, esta medida constituiria um estímulo relevante para a realização de CA, corresponderia em muitos casos



à prática actual (ex. GDH 228, possui Lim\_Inf 1 dia e não possui preço para CA; resultado, em 2003 mais de 25% dos casos foram efectuados em menos de 24 horas ou um dia de internamento) e resolveria alguns problemas de incongruência da Tabela actual (alguns GDHs com 4 ou mais dias de Lim\_Inf possuem preço para CA, como por ex. o GDH 803 com 10 dias e o GDH 120 com 4 dias; e outros com 1 dia não possuem, como por ex. o GDH 228).

#### 7.2.1.2. Procedimentos considerados médicos

Uma outra questão prende-se com determinados procedimentos considerados como médicos pela 'CID 9 MC', base de codificação para o agrupamento de episódios em GDH. Contudo, são procedimentos que devem possuir condições de realização (asepsia, recursos humanos e organização do trabalho) idênticas às de um bloco cirúrgico.

O objectivo não seria alterar o agrupador de GDH, mas apenas a forma de registo (tendo em atenção que a partição entre GDH médicos e cirúrgicos é realizada de acordo com a CID 9 MC, entre o que são considerados 'Operating Room Procedures' ou 'Non Operating Room Procedures'), sujeitando determinados procedimentos médicos ao registo em bloco operatório. Propõe-se assim:

**2.ª Medida:** Inclusão dos GDH 316, 317, 369, 465 e 466 no âmbito da Cirurgia de Ambulatório.

Ao serem incluídos estes GDH na CA, é um sinal claro para todos os interlocutores (incluindo as administrações hospitalares e a tutela) de que deveriam ser efectuados segundo determinado modelo (definição da estratégia).

Para tal, seria necessário criar preço de ambulatório para os seguintes GDH quando ocorresse a realização dos seguintes procedimentos:

GDH 316 – Insuficiência renal; Procedimento 38.95 – Cateterização venosa para diálise renal;

GDH 317 – Internamento para diálise renal; Procedimento 97.82 – Remoção de dispositivo de drenagem peritoneal;

GDH 369 – Perturbações menstruais e outras perturbações do aparelho reprodutor feminino; Procedimento 68.12 – Histeroscopia;

GDH 465 – Continuação de cuidados, com história de doença maligna como diagnóstico adicional e GDH 466 – Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional; Procedimento 86.09 – Incisão da pele ou tecido subcutâneo NCOP.

Os respectivos actos que constam na tabela dos MCDT passariam a ter a indicação para se codificar em termos de CA. Isto é, à semelhança do GDH 351 (Esterilização masculina), que consta na Tabela do SNS como Médico ('M') mas é registado no módulo da Cirurgia de Ambulatório, estes procedimentos seriam englobados nos GDH referidos, sendo validados e facturados como actos de CA.

#### 7.2.1.3. Pagamento dos procedimentos em Cirurgia de Ambulatório

Uma vez determinados os GDH que devem ser considerados para CA, impõe-se analisar o preço que deverá ser definido na Tabela do SNS e respectivo peso relativo (que traduz a complexidade de cada GDH).

Em termos de análise sobre o impacto financeiro, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) estudou o impacto das medidas propostas pela CNADCA, tendo em consideração as seguintes premissas:



1. Considerar a produção nacional de 2006, utilizando as regras decorrentes da aplicação da Portaria n.º 110-A/2007, calculando-se, para todos os GDH, o total de doentes saídos, o total de doentes equivalentes, o total de cirurgias de ambulatório e o total de doentes saídos com um dia de internamento;
2. Considerar, em termos de estimativa de produção para os novos GDH de CA, duas hipóteses:
  - a) A produção a realizar em ambulatório nos novos GDH seria aquela que em 2006 correspondia às cirurgias de ambulatório e à produção com um dia de internamento (admitindo que, se existisse financiamento e se reunissem as condições clínicas e sociais para serem realizados em regime de ambulatório, teriam alta em menos de 24h);
  - b) O total de produção classificada nos novos GDH considerados se distribuiria 50% por CA e 50% por Cirurgia Convencional (em internamento);
3. Considerar como Preço Base do estudo o valor em vigor no acordo modificativo de 2008 ao Contrato-Programa de 2007-2009 dos hospitais dos Grupos 1 e 2 (2.396,25 euros);
4. Calcular o Peso Relativo para os novos GDH de acordo com duas hipóteses:
  - a) Em média, o peso relativo dos GDH de CA, já existentes na tabela de preços do SNS, corresponde a 73,20% do peso relativo dos mesmos GDH em internamento, pelo que se aplicou esta percentagem para os novos GDH considerados;
  - b) O peso relativo dos GDH para as situações de ambulatório previstas na tabela de preços corresponde à razão entre o Preço Base Nacional (PBN) / Preço GDH Ambulatório. Este último é calculado a partir do Modelo de Imputação de Custos, que integra as seguintes rubricas:  

$$\text{Preço GDH Ambulatório} = 100\% \text{ Bloco Operatório} + 50\% \text{ Radiologia} + 50\% \text{ Laboratório} + 50\% \text{ Medicamentos} + 80\% \text{ Consumos} + 0\% \text{ UCI} + 100\% \text{ Hotelaria (1 Diária)} + 100\% \text{ Médicos (1 Diária)} + 100\% \text{ Administrativos (1 Diária)} + 50\% \text{ Outros.}$$
5. Avaliar a utilização de: i) preços distintos para internamento e ambulatório, subjacentes à Tabela de Preços do SNS; ii) preço único (internamento/ambulatório) para cada GDH, que tivesse implícito uma percentagem considerada adequada de actos realizados em ambulatório no total de episódios.

Preço Único (internamento e ambulatório) 1 = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= 73,2% do internamento) \* % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)]

Preço Único (internamento e ambulatório) 2 = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN) \* 50%] + [Novo Peso relativo Ambulatório (= 73,2% do internamento) \* 2.396,25 € (PBN) \* 50%]

Preço Único (internamento e ambulatório) 3 = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) \* % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)]

Preço Único (internamento e ambulatório) 4 = [Peso relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN) \* 50%] + [Novo Peso relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) \* 2.396,25 € (PBN) \* 50%]



No caso das simulações feitas com base num preço único para internamento e ambulatorio, e porque este conceito altera a filosofia subjacente à Portaria, foi necessário calcular um preço único para os GDH que já têm valor para ambulatorio. Assim:

Preço Único GDH Ambulatorio Portaria 110-A/2007 = [Peso relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN) \* % Produção em internamento] + [Novo Peso relativo Ambulatorio \* 2.396,25 € (PBN) \* % Produção em Cirurgia de ambulatorio].

6. Avaliar o impacto dos GDH de Cardiologia/Hemodinâmica, nomeadamente para os quais já existe preço para ambulatorio (GDH 112, 116, 117, 118, 852, 854), e aqueles que, não possuindo preço para ambulatorio, têm um Limiar Inferior de Internamento igual ou inferior a 4 dias (GDH 107, 115, 546, 548, 808, 849, 850, 853).

Em termos de impacto financeiro, foram efectuadas 18 simulações diferentes, considerando o enunciado nas premissas anteriores, em termos de produção, peso relativo e preços, considerando-se a produção nos novos GDH de Cirurgia de Ambulatorio e, no caso do preço único para internamento e ambulatorio, considerando-se também os GDH de cirurgia de ambulatorio já existentes.

#### Simulação I

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatorio = Peso Relativo (= 73,2% do peso do internamento) \* 2.396,25 € (PBN)

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatorio = Cirurgias de Ambulatorio + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

#### Simulação II

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatorio = Peso Relativo (= 73,2% do internamento) \* 2.396,25 € (PBN)

Produção = 50% Ambulatorio; 50% Internamento

#### Simulação III

Preço Único 1 (Internamento e ambulatorio) = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatorio (73,2% do internamento) \* % Produção em ambulatorio (Cirurgias de Ambulatorio + 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)]

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatorio = Cirurgias de Ambulatorio + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

#### Simulação IV

Preço Único 1 (Internamento e ambulatorio) = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatorio (73,2% do internamento) \* % Produção em ambulatorio (Cirurgias de Ambulatorio + 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)]

Produção = 50% Ambulatorio; 50% Internamento

#### Simulação V

Preço Único 2 (Internamento e ambulatorio) = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* 50% \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatorio (73,2% do internamento) \* 50% \* 2.396,25 € (PBN)]

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatorio = Cirurgias de Ambulatorio + Doentes equivalentes 1 dia de internamento



**Simulação VI**

Preço Único 2 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* 50% \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (73,2% do internamento) \* 50 % Produção \* 2.396,25 € (PBN)]

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

**Simulação VII**

Preço internamento (Internamento e ambulatório) = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório = Peso Relativo (= Modelo de imputação de custos) \* 2.396,25 € (PBN)

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

**Simulação VIII**

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório = Peso Relativo (= Modelo de imputação de custos) \* 2.396,25 € (PBN)

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

**Simulação IX**

Preço Único 3 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) \* % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)]

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

**Simulação X**

Preço Único 3 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* % Produção em internamento (não considerando os 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) \* % Produção em ambulatório (Cirurgias de Ambulatório + 1 dias) \* 2.396,25 € (PBN)]

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

**Simulação XI**

Preço Único 4 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* 50 % Produção \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) \* 50 % Produção \* 2.396,25 € (PBN)]

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento

**Simulação XII**

Preço Único 4 (Internamento e ambulatório) = [Peso Relativo Internamento Portaria n.º 110-A/2007 \* 50 % Produção \* 2.396,25 € (PBN)] + [Novo Peso Relativo Ambulatório (= Modelo de imputação de custos) \* 50 % Produção \* 2.396,25 € (PBN)]

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento

**Simulação XIII**

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório: Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e ≤ 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento \* 2.396,25 € (PBN)

Produção Internamento = Total de Doentes equivalentes do internamento – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento



**Simulação XIV**

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório: Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e ≤ 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento \* 2.396,25 € (PBN)

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento.

**Simulação XV**

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório GDH Novos = Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e < 5 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Preço Ambulatório GDH já existentes, não se considerando GDH de Hemodinâmica (GDH: 112, 116, 117, 118, 852, 854): Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e ≤ 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

GDH Novos Produção Internamento = Doentes equivalente – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

GDH Novos Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento.

**Simulação XVI**

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório GDH Novos = Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e ≤ 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Preço Ambulatório GDH já existentes, não se considerando GDH de Hemodinâmica (GDH: 112, 116, 117, 118, 852, 854): Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e ≤ 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento.

**Simulação XVII**

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório GDH Novos, não se considerando os GDH de Hemodinâmica (107, 115, 546, 548, 808, 849, 850, 853) = Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e < 5 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Preço Ambulatório GDH já existentes, não se considerando GDH de Hemodinâmica (GDH: 112, 116, 117, 118, 852, 854): Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e ≤ 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

GDH Novos Produção Internamento = Doentes equivalente – Doentes equivalentes 1 dia de internamento

GDH Novos Produção Ambulatório = Cirurgias de Ambulatório + Doentes equivalentes 1 dia de internamento.

**Simulação XVIII**

Preço internamento = Peso Relativo Portaria n.º 110-A/2007 \* 2.396,25 € (PBN)

Preço Ambulatório GDH Novos, não se considerando os GDH de Hemodinâmica (107, 115, 546, 548, 808, 849, 850, 853) = Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e ≤ 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Preço Ambulatório GDH já existentes, não se considerando GDH de Hemodinâmica (GDH: 112, 116, 117, 118, 852, 854): Se limiar inferior = 1 ENTÃO Preço ambulatório = Preço do internamento; Se Limiar inferior > 1 e ≤ 4 ENTÃO Preço ambulatório = 73,20% do preço internamento

Produção = 50% Ambulatório; 50% Internamento.

Os resultados obtidos foram os seguintes:



Simulação	ICM Internamento		ICM Ambulatório		Impacto Económico
	Portaria 110-A/2007	Simulação	Portaria 110-A/2007	Simulação	
I	1,8154	1,8246	0,0000	0,9951	1,12%
II	1,8154	1,8119	0,0000	1,3264	-12,61%
III	1,1731	1,1395	0,4592	0,5852	0,81%
IV	1,1731	1,008	0,4592	0,9801	0,27%
V	1,1731	1,0597	0,4592	0,5789	-5,33%
VI	1,1731	0,9519	0,4592	0,9017	-5,81%
VII	1,8154	1,8246	0,0000	0,6519	0,23%
VIII	1,8154	1,8119	0,0000	0,6659	-31,01%
IX	1,1731	1,1342	0,4592	0,5844	0,40%
X	1,1731	0,9975	0,4592	0,9748	-0,14%
XI	1,1731	0,9433	0,4592	0,5708	-14,25%
XII	1,1731	0,8808	0,4592	0,7876	-14,66%
XIII	1,8154	1,8246	0,0000	1,0933	1,38%
XIV	1,8154	1,8119	0,0000	1,3955	-10,69%
XV	1,2277	1,2266	0,5668	0,6848	2,76%
XVI	1,2277	1,0662	0,5668	0,9656	-4,03%
XVII	1,1979	1,1970	0,5668	0,6825	2,82%
XVIII	1,1979	1,0458	0,5668	0,9457	-3,72%

De acordo com os valores apurados, verifica-se que a aplicação de um preço único para ambulatório e internamento resulta, na maior parte das simulações, num decréscimo acentuado entre aquilo que se financiaria com as actuais regras decorrentes da aplicação da Portaria n.º 110-A/2007 e o obtido com a implementação de um preço único. Isto porque a aplicação de um preço único para internamento e ambulatório, conforme calculado, levaria sempre a um financiamento mais reduzido do internamento que, em alguns casos, não seria compensado pelo financiamento dos episódios em ambulatório.

Observou-se também que o cálculo dos pesos relativos do ambulatório com base no Modelo de Imputação dos Custos, resulta em pesos relativos inferiores a 73,2% do peso relativo do internamento, o que implicaria um financiamento do ambulatório mais reduzido.

A opção de se considerar 50% da produção como sendo realizada em internamento e 50% em ambulatório (valor desejável de ser atingido, utilizado como previsão do que pode constituir a percentagem de ambulatório num futuro a médio prazo), leva a um decréscimo acentuado no valor que se pagaria pelo internamento e um aumento significativo do valor do ambulatório, como seria expectável, e teria como consequência final uma redução do financiamento global.



Simulação	Valores Absolutos Tabela de preços em vigor (em euros)		Valores Absolutos Simulação (em euros)		Impacto Económico
	Internamento	Ambulatório	Internamento	Ambulatório	
I	592.176.312	0	583.549.672	15.280.014	1,12%
II	592.176.312	0	298.766.193	218.711.779	-12,61%
III	1.087.181.664	143.453.018	1.048.791.697	191.784.027	0,81%
IV	1.087.181.664	143.453.018	766.118.558	467.799.979	0,27%
V	1.087.181.664	143.453.018	975.328.601	189.717.892	-5,33%
VI	1.087.181.664	143.453.018	728.698.994	430.380.415	-5,81%
VII	592.176.312	0	583.549.672	10.010.437	0,23%
VIII	592.176.312	0	298.766.193	109.804.217	-31,01%
IX	1.087.181.664	143.453.018	1.043.982.738	191.548.967	0,40%
X	1.087.181.664	143.453.018	763.598.300	465.279.721	-0,14%
XI	1.087.181.664	143.453.018	868.207.777	187.083.103	-14,25%
XII	1.087.181.664	143.453.018	674.245.213	375.926.634	-14,66%
XIII	592.176.312	0	583.549.672	16.788.458	1,38%
XIV	592.176.312	0	298.766.193	230.110.174	-10,69%
XV	922.782.353	130.408.374	914.155.713	168.086.062	2,76%
XVI	922.782.353	130.408.374	629.372.233	381.407.777	-4,03%
XVII	888.360.102	130.408.374	880.150.363	167.315.545	2,82%
XVIII	888.360.102	130.408.374	612.090.325	368.756.557	-3,72%

Desta forma, a CNADCA propõe como medidas para alterar o financiamento da cirurgia de ambulatório, no que concerne ao valor dos GDH e após terem sido considerados os 158 GDH identificados como passíveis de conterem procedimentos que devem ser realizados em CA (excluindo os procedimentos de Cardiologia/Hemodinâmica):

**3ª Medida:** utilização de preço igual para internamento e ambulatório para todos os GDH cujo L<sub>inf</sub> seja igual a 1 dia (com excepção dos procedimentos de Cardiologia/Hemodinâmica);

**4ª Medida:** utilização do valor de 73,20% do preço do internamento para os GDH cujo L<sub>inf</sub> seja superior a 1 e inferior ou igual a 4 dias (com excepção dos procedimentos de Cardiologia/Hemodinâmica).

Esta opção teria um impacto de 2,82% no financiamento às instituições, ou seja 28.697.432 euros (simulação XVII). Assim, todos os doentes que actualmente são internados 1 dia, por razões que não sejam clínicas ou sociais (apenas para o hospital poder facturar o valor do GDH ao SNS), deixariam de o ser. A Instituição obterá um acréscimo pouco significativo no financiamento, mas com a possibilidade de uma redução apreciável de custos.



Uma previsão do impacto desta hipótese num espaço de 3-5 anos, quando for possível atingir 50% desta produção em ambulatorio, é de uma redução do financiamento necessário em 3,72%, ou seja menos 37.921.593 euros (simulação XVIII).

Este valor poderia ser re-afectado ao aumento da produção (através de um pagamento diferenciado aos profissionais e criação de estruturas físicas, quando necessário) permitindo que, com o mesmo valor de financiamento se pudesse obter uma produção bastante superior à actual. Se pensarmos que a CA tem como uma das vantagens a redução da lista de espera cirúrgica (pela organização intrínseca da actividade, redução do tempo cirúrgico e dos tempos entre cirurgias, proporcionando no conjunto um aumento do número de cirurgias no mesmo período, quando comparada com a cirurgia com internamento), e se associarmos o facto de ser possível, com esta mudança no financiamento, aumentar ainda mais a produção nesta área, percebe-se que o impacto na redução da lista de espera poderia ser substancial (gastar o mesmo, gastar melhor).

#### 7.2.1.4. Limiares inferiores de internamento

No âmbito da cirurgia convencional, e no que concerne aos limiares mínimos de internamento, não faz sentido existirem GDH com valores superiores a 1 dia para procedimentos que podem ser efectuados em regime de ambulatorio. Assim propõe-se:

**5ª Medida:** para todos os GDH com preço para ambulatorio, o  $L_{inf}$  de Internamento deverá ser sempre 1.

Esta medida pode trazer uma redução apreciável de custos. Isto porque apesar de, com a descida do limiar inferior, episódios que antigamente não correspondiam a um doente equivalente, passarem a corresponder logo ao 2º dia de internamento, e por isso haver um acréscimo do financiamento directo (nos hospitais que não tinham internamentos indevidos para perfazerem um doente equivalente), a verdade é que com limiares inferiores mais baixos, é possível contrariar a prática hospitalar corrente de se prolongar indevidamente os internamentos acima dos limiares inferiores para fazer corresponder o episódio a um doente equivalente. Através de internamentos mais curtos, os hospitais poderão conseguir pelo menos uma poupança dos custos que tinham por tempos de internamento indevidos.

De sublinhar que as altas precoces podem sempre ser avaliadas no âmbito dos indicadores de qualidade, nomeadamente a 'Taxa de (re)admissão no Internamento nos 1ºs 5 dias'.

#### 7.2.2. Produção marginal

De acordo com as regras actuais de contratualização, não existem limites de produção à actividade cirúrgica programada, quer no âmbito das cirurgias convencionais, quer de ambulatorio.

A produção cirúrgica programada marginal (cirurgias efectuadas para além das contratualizadas) é paga de acordo com a tabela de preços em vigor para as entidades privadas no âmbito do SIGIC, cujos preços correspondem a cerca de 56,2% do preço da tabela de preços dos GDH, apenas com uma alteração (no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes).

Deste modo, a produção cirúrgica marginal não possui o financiamento praticado na produção base, mas o utilizado com a tabela do SIGIC, o que implica, em geral, uma redução significativa no valor do financiamento. Assim, a CNADCA propõe:

**6ª Medida:** pagamento da produção cirúrgica de ambulatorio marginal, nas mesmas condições da produção cirúrgica base.



Tal constituiria um incentivo às administrações hospitalares e aos profissionais para que, na produção marginal, fosse preferida a abordagem do ambulatório, pois existiria um factor de discriminação positiva em relação à cirurgia com internamento.

O impacto financeiro desta medida, tendo em consideração a produção realizada em 2006 no âmbito do SIGIC, seria de um acréscimo no financiamento da actividade cirúrgica no valor de 3.286.759 euros (impacto de 0,56%).

### 7.2.3. Índice de 'case mix'

No âmbito do Contrato-Programa celebrado entre a entidade financiadora e as entidades prestadoras, o pagamento das cirurgias de ambulatório é efectuado tendo em conta o volume, o case mix e o preço contratado.

Desta forma, quanto mais diferenciados forem os procedimentos efectuados, mais elevado será o seu ICM e como tal, mais a Instituição receberá por cada doente equivalente. Este facto estimula a realização de cirurgias mais complexas em CA, desde que esse aumento do ICM se repercuta a curto prazo na forma de financiamento do hospital. Isto é, a realização de actos mais complexos normalmente implica custos mais elevados e a perda de os facturar pelo regime de internamento (que possui sempre um ICM superior). Se, associadamente, o ICM utilizado não corresponder ao ano mais recente, implica que todos os esforços do hospital só irão ter repercussão anos depois, o que poderá colocar em causa a sustentabilidade financeira e não estimular os hospitais a realizá-lo.

O modelo actual de financiamento hospitalar já preconiza a aplicação do ICM do ano anterior. No entanto, por motivos de restrição orçamental, no último Contrato-Programa esta regra não foi adoptada. Assim, a CNADCA propõe:

**7ª Medida:** no âmbito da contratualização hospitalar (que normalmente se efectua nos meses de Setembro a Novembro), tem de ser utilizado o valor do ICM do ano anterior.

## 7.3. ALTERAÇÃO À LOTAÇÃO CIRÚRGICA DOS HOSPITAIS

Normalmente somos, por natureza, resistentes à mudança. Por outro lado, as alternativas ao que conhecemos e com o que temos experiência, são sempre observadas em Medicina com muita cautela: mudanças não sustentadas cientificamente podem colocar em causa a segurança dos doentes, podendo provocar aumento da morbilidade e mortalidade. Daí que, em geral, o médico é por definição mais conservador na sua atitude.

Por outro lado, não existindo a pressão de efectuar em ambulatório determinados procedimentos, em virtude de existirem no internamento camas vagas em número elevado, não estimula a passagem de uma abordagem cirúrgica para outra: no acto de internar existe subjectivamente mais segurança para o doente, em virtude de estar acompanhado por profissionais de saúde (o que também proporciona mais confiança para o especialista); o facto de dar alta ao doente, implica, ainda que subjectivamente, um acréscimo de responsabilidade para o profissional. Assim, este pode defender-se da forma mais fácil: internar o doente.

Como tal é preciso, por vezes, tomar medidas fortes para implementar as mudanças, alterar os paradigmas e forçar a evolução. Neste sentido, a CNADCA propõe:

**8ª Medida:** reduzir a lotação cirúrgica dos hospitais, num valor médio de 5-10%/ano, durante 3 anos.

Tal poria pressão na substituição da cirurgia convencional pela de ambulatório e acompanharia de forma natural a evolução que se espera conseguir com esta alteração do financiamento.



Por outro lado, esta medida teria um forte componente de instrumento da mudança e não apenas o resultado passivo da consequência da mudança: isto é, não se deveriam encerrar camas cirúrgicas por já não serem necessárias (em virtude de uma taxa de ocupação baixa), mas encerrar as camas para provocar a substituição da abordagem cirúrgica (redução da lotação não como consequência, mas como uma causa).

Esta medida deveria ser monitorizada pelas ARS, no âmbito da contratualização, e o valor aplicado de 5-10%/ano deveria ser um valor indicador para a Região (pois existem hospitais que já efectuaram esta redução e outros que ainda não a iniciaram).

Deveremos ter em atenção que a substituição da cirurgia convencional pela de ambatório poderá provocar um aumento da demora média (deixam de ser internados os doentes de 'curto internamento' que contribuíam para a redução da demora média), apesar de alguns estudos efectuados em Espanha não o demonstrarem. Assim, esta medida tem de ser tomada com uma gestão e monitorização adequada, tendo em atenção evitar constrangimentos aos doentes que necessitam realmente de ser internados (levando a adiamentos de cirurgias programadas por falta de camas).

Existem casos, em Portugal, em que esta medida já foi aplicada com sucesso (exemplo do Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE). Isto é, não se trata de uma proposta académica, mas de uma prática que se comprovou, no terreno, ser eficaz.

#### 7.4. PESO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO CONTRATO-PROGRAMA

Para que todas as medidas anteriormente referidas possam ser, em tempo útil, integradas e aplicadas com sucesso, deverão as ARS, a nível da contratualização com os hospitais, colocar objectivos exequíveis mas ambiciosos.

Caso estas propostas sejam aceites pela tutela, deixarão de existir constrangimentos do ponto de vista administrativo-financeiro para o desenvolvimento da Cirurgia de Ambatório, e portanto, a 'pressão' colocada ao nível do hospital poderá depois ser reflectida ao nível dos serviços e dos próprios profissionais, no âmbito da contratualização interna. Assim, a CNADCA propõe:

**9ª Medida:** aumentar o peso da cirurgia de ambatório no total das cirurgias programadas, num valor médio de 15%/ano, durante 3 anos.

O valor deve ser utilizado como um valor indicador para a Região (pois existem hospitais que já efectuaram um aumento significativo nesta área e outros que ainda não realizaram qualquer esforço).

#### 7.5. ALTERAÇÃO DOS PREÇOS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO ÂMBITO DA CONTRATUALIZAÇÃO

A velocidade com que se atinjam os objectivos de crescimento da cirurgia em CA é fundamental para conseguir aumentar a produção cirúrgica e se efectuar uma poupança significativa em termos económicos. Neste sentido, e para se alcançar de forma mais célere o valor de 50% da produção cirúrgica programada em CA, propõe-se uma medida suplementar:

**10ª Medida:** um prémio de 10% por cada GDH cirúrgico de ambatório, durante um período de 3 anos, se forem atingidos os objectivos contratualizados anualmente com as ARS, no âmbito da CA.



Esta decisão iria proporcionar de forma mais clara um estímulo à CA, era transparente na forma de o concretizar e seria suspensa ao fim de 3 anos. O valor desta medida (em conjunto com as medidas 3 e 4) poderia significar um impacto económico de acréscimo da despesa em financiamento cirúrgico no valor de 4,46% (45.428.987 euros – simulação XVII), caso fossem atingidos os objectivos contratualizados, e numa redução quando fossem atingindo os 50% da actividade, em 0,10% (menos 1.045.938 euros – simulação XVIII).

Se avaliarmos o impacto profundo que estas medidas podem provocar na redução dos custos dos hospitais, percebe-se a relevância em termos estratégicos a curto, médio e longo prazo, que se pode conseguir atingir na mudança da filosofia de gestão.

## 7.6. MEDIDAS PRECONIZADAS

**1ª Medida:** todos os GDH cirúrgicos cujo limiar inferior de internamento seja igual ou inferior a 4 dias na Tabela de preços do SNS passem a ter 'Preço em Ambulatório'.

**2ª Medida:** inclusão dos GDH médicos 316, 317, 369, 465 e 466 no âmbito da Cirurgia de Ambulatório.

**3ª Medida:** utilização do preço igual para internamento e ambulatório para todos os GDH cujo limiar inferior de internamento seja igual a 1 dia (com excepção dos GDH de Cardiologia/Hemodinâmica).

**4ª Medida:** utilização do valor de 73,20% do preço do internamento para os GDH cujo limiar inferior de internamento seja superior a 1 e inferior ou igual a 4 dias (com excepção dos GDH de Cardiologia/Hemodinâmica).

**5ª Medida:** para todos os GDH em que exista preço para Cirurgia de Ambulatório, o  $L_{inf}$  de Internamento deverá ser 1.

**6ª Medida:** pagamento da produção cirúrgica de ambulatório marginal, nas mesmas condições da produção cirúrgica base.

**7ª Medida:** no âmbito da contratualização hospitalar, utilizar sempre o valor do ICM do ano anterior.

**8ª Medida:** reduzir a lotação cirúrgica dos hospitais, num valor médio de 5-10%/ano, durante 3 anos.

**9ª Medida:** aumentar o peso da cirurgia de ambulatório no total das cirurgias programadas, num valor médio de 15%/ano, durante 3 anos.

**10ª Medida:** um prémio de 10% por cada GDH cirúrgico de ambulatório, durante um período de 3 anos, se forem atingidos os objectivos contratualizados anualmente com as ARS, no âmbito da CA.

**Responsáveis:** SEAS, ACSS, ARS e hospitais.

**Prazo para execução:** Ano de 2008 (publicação de portaria; definição do Contrato-Programa para 2009 e contratualização com os hospitais); Ano de 2009 (implementação).



### 7.7. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- 1 – Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de Janeiro.
- 2 – Relatório de Avaliação da Contratualização com os Hospitais do SNS (Contrato-Programa 2006). Grupo de Trabalho da Contratualização, 15 de Fevereiro de 2006.
- 3 – Metodologia para a Definição de Preços e Fixação de Objectivos para o Contrato-Programa 2008. ACSS, 31 de Outubro de 2007.



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 08. TAXAS MODERADORAS

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 8.1. FUNDAMENTOS DA CRIAÇÃO DAS TAXAS MODERADORAS E DA SUA IMPLEMENTAÇÃO

As taxas moderadoras, na sua forma genérica, foram previstas na Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com o objectivo de complementar as medidas reguladoras do acesso aos serviços de saúde. A mesma Lei contemplava, igualmente e desde logo, a isenção do respectivo pagamento para os grupos populacionais mais vulneráveis, os dependentes de recurso frequente a cuidados de saúde devido a determinadas patologias crónicas e ainda os financeiramente mais desfavorecidos.

O objectivo primeiro das taxas moderadoras, como o próprio nome indica, é o de moderar a procura. Na prática, tem como objectivo reduzir o “Risco Moral” ou seja, ao passar do preço zero para um qualquer preço positivo que o doente/consumidor poderá integrar na sua decisão de procurar um serviço de saúde, um custo adicional que vai comparar com a utilidade adicional que espera obter do seu consumo, podendo ter um efeito de moderar a procura.

No âmbito da reforma do sector da saúde e da reestruturação no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto (com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio), deu cumprimento ao previsto na Lei de Bases da Saúde, estabelecendo o regime das taxas moderadoras não só como um instrumento racionalizador e regulador do acesso à prestação de cuidados de saúde mas também, definindo em simultâneo os grupos populacionais beneficiários da isenção do seu pagamento, como um meio de garantir o reforço efectivo do princípio de justiça social no SNS.

Nestes termos, numa fase inicial, o acesso às prestações de saúde no âmbito do SNS implicava o pagamento de taxas moderadoras nos seguintes casos:

- a) Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados convencionados, com excepção dos efectuados em regime de internamento;
- b) Recurso aos serviços de urgência hospitalares;
- c) Atendimento em consultas: hospitalares, nos centros de saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados.

Posteriormente, a Lei do Orçamento de Estado para 2007 (Lei n.º 53-A/2006, de 29 de Dezembro) vem criar, a partir de 1 de Abril de 2007 e para além dos anteriores casos, taxas moderadoras para Internamentos e Cirurgia de Ambulatório.

### 8.2. CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO E DE ISENÇÃO DAS TAXAS MODERADORAS

Todos os utentes, incluindo os abrangidos por subsistemas de saúde próprios e aqueles cujos gastos são da responsabilidade de empresas públicas ou privadas, estão sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras, excepto os grupos populacionais específicos que, nos termos do disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, do Despacho n.º 6961/2004, de 6 de Abril, da Portaria n.º 349/96, de 8 de Agosto, e do Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio, estão isentos desse pagamento, nomeadamente:

- a) Grávidas e parturientes;
- b) Crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;
- c) Beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes;
- d) Beneficiários de subsídio mensal vitalício;



- e) Pensionistas que recebam pensão não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- f) Desempregados, inscritos nos centros de emprego, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- g) Beneficiários de prestação de carácter eventual por situações de carência paga por serviços oficiais, seus cônjuges e filhos menores;
- h) Internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal;
- i) Trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- j) Pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%;
- k) Vítimas de violência doméstica (aditado pelo Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio);
- l) Beneficiários do rendimento social de inserção;
- m) Insuficientes renais crónicos, diabéticos, hemofílicos, parkinsónicos, tuberculosos, doentes com sida e seropositivos, doentes do foro oncológico, doentes paramiloidósicos e com doença de Hansen, com espondilite anquilosante e esclerose múltipla;
- n) Dadores benévolos de sangue (cumprindo determinados requisitos);
- o) Doentes mentais crónicos;
- p) Alcoólicos crónicos e toxicodependentes, quando inseridos em programas de recuperação, no âmbito do recurso a serviços oficiais;
- q) Doentes portadores de doenças crónicas que, por critério médico, obriguem a consultas, exames e tratamentos frequentes e sejam potencial causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida, designadamente:
  - i. Doentes portadores de doença genética com manifestações clínicas graves;
  - ii. Doentes com insuficiência cardíaca congestiva;
  - iii. Doentes com cardiomiopatia;
  - iv. Doentes com doença pulmonar crónica obstrutiva;
  - v. Doentes com hepatite crónica activa;
  - vi. Doentes com cirrose hepática com sintomatologia grave;
  - vii. Doentes com artrite invalidante;
  - viii. Doentes com lúpus;
  - ix. Doentes com dermatomiose;
  - x. Doentes com paraplegia;
  - xi. Doentes com miastenia grave;
  - xii. Doentes com doença desmielinizante;
  - xiii. Doentes com a doença do neurónio motor;



r) Bombeiros

s) Outros casos determinados por legislação especial.

Em termos práticos, e de acordo com os valores da ACSS, cerca de 50% dos utentes pertencem a categorias isentas de pagamento de taxas moderadoras.

O valor das taxas moderadoras é aprovado por portaria do Ministro da Saúde, sendo sujeito a revisões e actualizações anuais, e não podem exceder um terço dos valores constantes da tabela de preços do SNS.

Assim, a Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março, apresentou a tabela das taxas moderadoras e o respectivo momento de cobrança nos diversos casos aplicáveis, designadamente:

- a) No momento da realização dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica;
- b) Na admissão na urgência;
- c) Na apresentação do utente na consulta;
- d) Na admissão para cirurgia de ambulatório;
- e) No internamento, a cobrança deverá ocorrer no momento que a instituição considerar mais adequado à sua organização interna.

No caso da cirurgia de ambulatório, o pagamento da taxa moderadora é devido por intervenção cirúrgica, isto é, por um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgia(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, locorregional ou local, com ou sem presença de anestesista.

As taxas moderadoras em vigor actualmente (a partir de 1 de Janeiro de 2008) são as constantes na Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro, que actualiza, em termos globais, em cerca de 2,1% (valor previsto da taxa de inflação média anual, medida pelo índice de preços no consumidor, em 2007) o valor das taxas moderadoras apresentadas na Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março.

Desta forma, os valores para o Internamento e para a Cirurgia de Ambulatório são actualmente os seguintes:

- a) Internamento (taxa de utilização por dia de internamento nos primeiros 10 dias) – 5,10 euros;
- b) Cirurgia de ambulatório – 10,20 euros.

Através do Decreto-Lei n.º 79/2008 de 8 de Maio, e no sentido de contribuir para uma maior justiça social e não pondo em causa a racionalização da utilização dos cuidados de saúde, foi introduzida uma redução de 50% nas taxas moderadoras a suportar pelos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, já que este são, por norma, os que revelam especial dependência dos cuidados de saúde.

### 8.3. A REALIDADE DAS TAXAS MODERADORAS NO ÂMBITO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

De forma a obter uma noção real do impacto das taxas moderadoras no âmbito da Cirurgia de Ambulatório, foram solicitados os valores exactos da sua efectiva aplicação a todas as Instituições Hospitalares do SNS.

De 1 de Abril a 31 de Dezembro de 2007, com o valor de 10 euros de taxa moderadora por cada acto cirúrgico realizado em ambulatório, foram cobradas, no âmbito da Cirurgia de Ambulatório e em todo o universo de Hospitais analisado, receitas no montante de €189.676.



Extrapolando para o total do ano de 2007, o valor anual que poderia ter sido obtido pelo SNS seria de €252.901. Para o cálculo desta estimativa considerou-se que nos restantes 3 meses do ano, em que não vigorava este diploma legal (Janeiro a Março de 2007), a produção de cirurgia do ambulatório e as médias de taxas de isenção e de pagamento seriam idênticas às obtidas nos restantes meses.

#### **8.4. IMPACTO ECONÓMICO DAS TAXAS MODERADORAS, NO ÂMBITO DA CIRURGIA DO AMBULATÓRIO, NO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS**

Efectuando uma análise sumária ao impacto que as taxas moderadoras aplicadas às Cirurgias de Ambulatório têm no total do montante de financiamento referente apenas ao SNS, simulando um cenário em que todos os doentes não-isentos pagassem as taxas moderadoras devidas em 2007 (extrapolando valores anuais a partir dos dados disponíveis referentes a 9 meses), o peso desse valor constituiria apenas 0,014% do financiamento total do SNS.

#### **8.5. ESTRATÉGIA PARA INCENTIVAR A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO PELO LADO DOS UTENTES**

São actualmente reconhecidas as vantagens da Cirurgia de Ambulatório em termos de modernização e boa gestão da prestação de cuidados de saúde, designadamente:

- a) Melhoria da qualidade do serviço de saúde para o utente;
- b) Maior eficiência em termos de custos/recursos por comparação com a cirurgia convencional;
- c) Melhor capacidade de resposta às necessidades existentes, possibilitando uma efectiva redução das listas de espera.

Nesta área da medicina, como noutros contextos, os melhores resultados são atingíveis se actuarmos em todas as variáveis, de forma que o sistema possa responder de uma forma global no mesmo sentido.

Assim, a mensagem que se pretende transmitir é de estímulo a que os doentes, devidamente informados, aceitem, adiram e até se tornem interlocutores activos na opção, junto do seu médico de família ou especialista hospitalar, por este tipo de abordagem cirúrgica, desde que tal seja aconselhado do ponto de vista clínico.

O ajustamento ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, envolvendo-os de forma directa na melhoria da gestão dos estabelecimentos e na prestação de cuidados de saúde, aliada a uma melhor informação, irá seguramente traduzir-se na sustentabilidade das reformas, que não ficarão dependentes de modas, políticas ou mudanças de lideranças.

Neste sentido, a circunstância de, numa mesma situação, o doente poder optar por uma cirurgia de ambulatório, com taxas moderadoras mais reduzidas (5,10 euros), em comparação com uma intervenção convencional que, em média, e para o mesmo tipo de procedimentos obriga a dois dias de internamento com pagamento da taxa inerente (10,20 euros), poderá revestir-se de significado para os utentes e para a comunidade em geral.

De realçar, no entanto, que no inquérito de satisfação aplicado aos utentes do SNS, a eliminação das taxas moderadoras é decisiva para a decisão dos cidadãos, em menos de 1% dos inquiridos (IESE, 2008).

Por outro lado, a Cirurgia de Ambulatório pode provocar alguma transferência de custos para os utentes, nomeadamente na aquisição de fármacos, transportes para o hospital e a permanência de familiares no domicílio. No entanto, estes factores podem ser mitigados com políticas activas dirigidas para cada uma destas questões.



## 8.6. CONCLUSÃO

Em resumo, urge avaliar ponderadamente os impactos, a todos os níveis, resultantes da situação actual no que diz respeito às Cirurgias de Ambulatório, repensando o actual modelo implementado de modo a atingir, em termos macros/nacionais, o máximo de sintonia possível entre todas as políticas de saúde desejadas.

Tal possibilidade foi, desde sempre, consagrada na Lei, nomeadamente no Decreto-Lei n.º 173/2003 de 1 de Agosto, que pressupunha uma dinamização deste instrumento de política de saúde (taxas moderadoras), assente num processo que pudesse futuramente evoluir.

Assim a CNADCA defende a redução em 50% das taxas moderadoras aplicadas à Cirurgia de Ambulatório, correspondendo ao valor de 1 dia de internamento, de modo a criar um componente discriminatório em relação à cirurgia convencional com internamento, contrabalançar a eventual transferência de custos para os utentes e seus familiares e adaptar o valor à realidade efectiva: os utentes, objectivamente, permanecem na instituição menos de 24 horas.

## 8.7. MEDIDA PRECONIZADA

Equiparação da Taxa Moderadora da Cirurgia de Ambulatório à aplicada por dia de internamento, o que corresponde a uma redução de 50% nas taxas moderadoras aplicadas actualmente à Cirurgia de Ambulatório.

**Responsável:** Governo da República Portuguesa.

**Prazo para execução:** Orçamento do Estado para o Ano de 2009.

## 8.8. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

- 1 – Lei de Bases da Saúde – aprovada pela Lei 48/90, de 24 de Agosto;
- 2 – Portaria n.º 349/96, de 8 de Agosto;
- 3 – Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto;
- 4 – Despacho n.º 6961/2004, de 6 de Abril;
- 5 – Lei n.º 53-A /2006, de 29 de Dezembro;
- 6 – Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março;
- 7 – Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio;
- 8 – Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro;
- 9 – Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio.



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 9.1. INTRODUÇÃO

Sistema de informação é todo o conjunto articulado e interdependente de informações, útil e em tempo, necessário para o bom funcionamento de toda uma estrutura.

Numa unidade de saúde, cujo processo produtivo é muito diversificado (com processos de administração, informacionais, diagnóstico, terapêuticos e de suporte), o sistema de informação terá que ser abrangente e interligar os referidos processos, e ser necessariamente complexo, pois tem de relacionar áreas muito diferentes (médica, enfermagem, farmácia, imagem, análises clínicas, informação para a gestão, estatística, logística, recursos humanos), bem como serviços/departamentos e organizações suficientemente autónomas mas dependentes ou complementares.

Quando falamos de sistemas de informação, é essencial acautelar o conjunto de 'ferramentas' que permitem que essa informação seja o mais credível, discriminada e adequada possível, tais como os softwares, redes, plataformas integradoras, equipamentos informáticos e assistência técnica.

Quando se trata de sistemas de informação nos hospitais/centros de saúde, é fundamental abordar os seus principais programas informáticos, como são os casos do SAM, SAPE, SINUS, SONHO, entre outros.

Na política de Saúde, a relevância da cirurgia de ambulatório (CA) determinou a formulação de uma estratégia específica que deverá conduzir a uma alteração da realidade nacional. De acordo com o Despacho Ministerial que cria a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), um dos objectivos principais é a proposta para a adequação dos sistemas de informação existentes, e da sua eventual integração, face às necessidades das unidades de cirurgia de ambulatório, particularmente no domínio dos sistemas de classificação de patologias/cirurgias, bem como seleccionar e ordenar indicadores que representem um garante da segurança do doente e facilitem os processos de contratualização, permitindo uma avaliação contínua da qualidade na Cirurgia de Ambulatório.

Nesse sentido, a CNADCA entendeu que deveria analisar e elaborar diferentes propostas na área dos SI, tendo por base o factor tempo para a sua implementação. Para o curto prazo e como ponto de partida, a prioridade será a adequação das actuais ferramentas existentes. Para o médio prazo, o objectivo é construir um cenário ideal, dentro dos limites técnicos e materiais existentes, que poderia ser encarado como sendo um ponto intermédio, para o qual as unidades de cirurgia de ambulatório deveriam caminhar, independentemente de possíveis desenvolvimentos subsequentes.

Para formular uma proposta que permita dar resposta, no imediato, às dificuldades, incongruências e lacunas de informação existentes na prática de cirurgia de ambulatório, a CNADCA analisou os principais softwares utilizados pelos hospitais/centros de saúde, no intuito de verificar se, com pequenas e relativamente fáceis alterações, estes se encontravam capazes rapidamente de responder às necessidades de informação clínica/administrativa de uma unidade de cirurgia de ambulatório.

Não é admissível que os dados não sejam similares, independentemente da entidade/fonte ou da óptica que esteja sob observação, ou seja, não é admissível que o número de cirurgias de ambulatório varie consoante a informação seja recolhida via SIGIC, SONHO, SIAC, ou outro.

Do levantamento efectuado, resulta a convicção que, com pequenas adaptações e alterações, será possível, a curto prazo, tirar partido das aplicações SONHO/SAM/SAPE e SINUS/SAM/SAPE, podendo inclusivamente disponibilizar-se já um conjunto de informações para os centros de saúde (Anexo I).



Para o médio prazo, a CNADCA sugere a construção de uma nova ‘ferramenta’ ou a evolução das existentes, de modo a permitir um planeamento diferenciado para uma unidade de cirurgia de ambulatório e que responda, de forma cabal, às suas necessidades específicas. Tendo por base a sua cadeia de valor e o seu processo de negócio, a proposta incluirá o desenho de um modelo de dados e processo clínico electrónico (PCE), integrador de todo o sistema.

## 9.2. PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES PARA O CURTO PRAZO

### SINUS/SAM/SAPE e SONHO/SAM/SAPE

Com o objectivo de potencializar as Tecnologias de Informação e Comunicação existentes, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório efectuou um trabalho de análise sobre alguns dos sistemas de informação em exploração no SNS, com particular destaque para o SINUS/SAM/SAPE e SONHO/SAM/SAPE, no sentido de identificar as estruturas de dados e/ou funcionalidades/validações que careciam de alterações face às normas definidas pela CNADCA e outras que, eventualmente, possam ainda vir a ser acrescentadas.

Assim, identificam-se neste documento definições e regras/critérios com impacto relevante nos sistemas de informação acima referidos e que a CNADCA solicitou à ACSS em Janeiro de 2008, no sentido de ser avaliada a sua implementação.

As definições, critérios e/ou propostas de alterações foram as seguintes:

1. **Racional:** a Cirurgia de Ambulatório é uma cirurgia programada e, portanto, enquadra-se no âmbito das cirurgias ilegíveis pelo SIGIC.

**Medida:** o SONHO não pode aceitar a CA como proveniência de um episódio de urgência.

2. **Racional:** possibilitar a criação de consultas de CA, de forma a permitir a existência de referenciação directa para Cirurgia de Ambulatório, e principalmente para se individualizar de forma estatística e de gestão (custos e produção) esta actividade.

**Medida:** no SONHO criar uma sub-especialidade para cada uma das especialidades cirúrgicas, a qual se deve denominar: ‘nome da especialidade cirúrgica – Cirurgia de Ambulatório’.

3. **Racional:** as funcionalidades existentes no módulo do bloco operatório da aplicação SONHO/SAM/SAPE, deveriam também ser possíveis de serem utilizadas para a cirurgia de ambulatório.

**Medida:** permitir a utilização das funcionalidades do módulo do bloco operatório da aplicação SONHO/SAM/SAPE, sem limites ou constrangimentos, devendo ser alterada a unidade de medida de tempo, adicionando para além dos ‘dias’ a questão das ‘horas’.

4. **Racional:** a cirurgia de ambulatório deverá diferenciar-se de forma adequada da cirurgia convencional e da pequena cirurgia.

**Medida:** no Módulo do Bloco Operatório da aplicação informática SONHO, os tipos de cirurgia que devem ser considerados são:



1. Cirurgia Convencional	1. a) Com alta $\geq$ 24 horas 1. b) Curto internamento com alta < 24 horas
2. Cirurgia de Ambulatório (sempre com alta < 24 horas)	2. a) Com pernoita 2. b) Sem pernoita
3. Pequena Cirurgia	

Observações – em termos de registo no SONHO, as duas primeiras situações, relativas à cirurgia convencional, têm episódios de internamento associados, sendo que à cirurgia convencional de curto internamento corresponde um episódio com zero dias de internamento (que para efeitos de financiamento deverá ser interpretado e pago como se tratasse de internamentos com 1 dia de estadia).

**5. Racional:** existem pré-requisitos sociais e clínicos que devem ser verificados para haver lugar à realização duma Cirurgia de Ambulatório e que o SONHO/SAM deve validar ao nível do registo da proposta cirúrgica.

**Medida:** o pré-impresso da proposta cirúrgica deve identificar a informação necessária para viabilizar este registo, designadamente se o doente verifica os critérios sociais e clínicos para ser incluído num programa de Cirurgia de Ambulatório e, em caso afirmativo, se é uma Cirurgia de Ambulatório com ou sem pernoita – proposta de alteração ao SONHO/SAM no Anexo I;

**6. Racional:** existem patologias que, actualmente e face ao estado da arte em medicina, são preferencialmente realizadas a nível de ambulatório. Desta forma, propõe-se que o sistema as identifique e sugira, por defeito, a sua realização em CA (o SONHO/SAM deve validar tal intenção a nível do registo da proposta cirúrgica).

**Medida:** no SONHO/SAM, efectuar a parametrização dos códigos de ICD9 que são preferencialmente realizados a nível de ambulatório – proposta de alteração ao SONHO/SAM no Anexo I;

**7. Racional:** numa Cirurgia de Ambulatório é necessário assegurar, a nível do episódio, a identificação do contacto da pessoa que, no momento da alta, assegure o encaminhamento do doente para o seu domicílio, bem como, sempre que possível, o nome do médico de família e respectivo agrupamento de centros de saúde/centro de saúde/unidade de saúde familiar.

**Medida:** o pré-impresso da proposta cirúrgica deve identificar a informação necessária para viabilizar este registo, designadamente agrupamento de centros de saúde, centro de saúde, médico de família e acompanhante (nome e contacto telefónico) – proposta de alteração ao SONHO/SAM no Anexo I;

**8. Racional:** existem estatísticas que incidem sobre os doentes que estão marcados/agendados no sentido de saber se foram ou não operados e, se não foram, qual o motivo. Para melhor avaliar esta informação, sugere-se a criação de um atributo para caracterizar o resultado dos doentes marcados/agendados para cirurgia.

**Medida:** a nível do agendamento, criar um atributo no SONHO/SAM que permita registar o resultado desse agendamento. Este resultado deve ser parametrizado através duma tabela cujas alternativas podem ser, entre outras: Operado; Faltou; Internado; Sem Indicação Cirúrgica; Adiado – proposta de alteração ao SONHO/SAM no Anexo I;

**9. Racional:** No processo de referenciação de utentes dos cuidados de saúde primários para uma consulta hospitalar, o médico de família deve ter a possibilidade de efectuar esta referenciação sugerindo o regime de Cirurgia de Ambulatório.



**Medida:** incluir no SAM, versão cuidados de saúde primários, a possibilidade do médico de família efectuar a referência sugerindo o regime de Cirurgia de Ambulatório ('Nome da Especialidade – Sub-especialidade: cirurgia de ambulatório') – proposta de alteração ao SINUS/SAM no Anexo I;

**10. Racional:** devem existir mecanismos para a exploração estatística e gestão dos processos.

**Medida:** criar três níveis de estatísticas: Nível Hospitalar, Nível Regional e Nível Nacional (Portal da Saúde) – proposta de alteração ao SONHO/SAM no Anexo I.

No quadro 2, estão identificados os primeiros indicadores estatísticos definidos pela CNADCA, que se aplicam aos três níveis definidos nesta medida, já solicitados à ACSS em Janeiro de 2008 e estando prevista a respectiva implementação até Maio de 2008.

### 9.3. PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES PARA O MÉDIO/LONGO PRAZO

Para o médio/longo prazo, a CNADCA sugere a construção de uma nova 'ferramenta' ou a evolução/reescrita das existentes, com o objectivo de todo o processo ser dedicadamente desenhado e informatizado para uma unidade de cirurgia de ambulatório.

Em qualquer um dos cenários, a solução a construir deverá culminar num sistema de informação integrado com as restantes componentes do sistema de informação da Instituição e integrado com os sistemas de informação de cariz regional e/ou nacional, permitindo uma articulação efectiva das actividades de todos os profissionais e uma real partilha de informação.

Apesar do 'Processo Clínico Electrónico' ter subjacente um conjunto de conceitos cuja normalização está em curso, a definição do modelo conceptual do sistema de informação de uma Instituição deve ter como linha de orientação a construção duma infra-estrutura com características semelhantes às de um 'Processo Clínico Electrónico', começando pela implementação de 'Registos Clínicos Electrónicos' e consequente desmaterialização de alguns processos.

Assim, em termos de modelo conceptual, existem alguns princípios genéricos que devem ser observados na construção da solução a desenvolver no âmbito da CA:

- Deve ser centrada no utente;
- Deve traduzir os processos de negócio de uma unidade de cirurgia de ambulatório;
- Deve assegurar a capacidade de modularidade e escalabilidade que lhe permita flexibilidade e progressividade;
- Deve corresponder a uma componente da arquitectura tecnológica do sistema de informação da Instituição, em perfeita articulação e partilha de informação com as restantes componentes (abrangendo todas as áreas clínicas e administrativas);
- Deve garantir a conectividade com outros sistemas interinstitucionais e de saúde, baseado em protocolos normalizados e não proprietários;
- Deve assegurar a integração com o sistema de monitorização e de apoio à decisão local, regional e/ou nacional, com possibilidade de gerar e disponibilizar de forma automática os indicadores definidos;
- Deve assegurar níveis de acesso diferenciados, de modo a garantir a segurança e confidencialidade da informação.



Em termos funcionais, o sistema deve considerar um conjunto de funcionalidades e requisitos tecnológicos, nas várias áreas de suporte à organização de um centro de cirurgia de ambulatório, nomeadamente no que respeita à plataforma tecnológica. Deve permitir efectuar a gestão dos profissionais de saúde e das suas competências, do equipamento clínico e dos doentes; e a constituição de uma área de trabalho tipo 'Processo Clínico Electrónico', integrando o agendamento, a admissão dos utentes, as salas de consultas e de tratamentos, o apoio domiciliário, as salas de cirurgia, central de esterilização, prescrição de MCDTs e fármacos, refeições e dietas.

Para além destas características, terá de incluir a emissão de mensagens de comunicação, alertas ou avisos, nas várias etapas do processo.

Dependendo de utilizar o SONHO/RHV ou outras aplicações que lhe sucedam, poderá ou não incluir módulos autónomos de facturação e contabilidade, gestão de recursos humanos e área de logística.

O sistema de 'Data Warehouse' e os indicadores de gestão devem ser das áreas adequadamente planeadas para responder aos requisitos deste serviço.

Em termos tecnológicos, deverá consistir numa solução integrada, tecnologicamente inovadora, que funcione em arquitectura web e suportado em bases de dados relacionais. Para facilitar e obviar à articulação e integração entre as diferentes componentes do sistema de informação local, regional e/ou nacional, deve utilizar as normas e padrões em vigor (DICOM, HL7, CEN, ISO, ICD, etc), bem como a conformidade com as normas da Comissão Nacional de Protecção de Dados Pessoais.

Os mecanismos necessários à implementação da protecção, segurança e confidencialidade dos dados devem ser salvaguardados.



## ANEXO I – PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES AO SONHO/SAM E SINUS/SAM

**Racional (5):** existem pré-requisitos sociais e clínicos que devem ser verificados para haver lugar à realização duma Cirurgia de Ambulatório e que o SONHO/SAM deve validar ao nível do registo da proposta cirúrgica.

**Medida:** o pré-impresso da proposta cirúrgica deve identificar a informação necessária para viabilizar este registo, designadamente se o doente verifica os critérios sociais e clínicos para ser incluído num programa de Cirurgia de Ambulatório e, em caso afirmativo, se é uma Cirurgia de Ambulatório com ou sem pernoita.

### Proposta de alteração

Para efeitos do registo e validação desta informação, a sugestão da CNADCA para o SAM (versão hospitalar) é a seguinte:

- No écran do SAM, versão hospitalar, onde se regista a informação relativa à proposta cirúrgica (figura 1), quando no atributo 'Tipo de Cirurgia' é seleccionada uma das opções relativas a Cirurgia de Ambulatório, abrir automaticamente uma nova janela, para o registo da informação respectiva relativa aos 'Critérios Sociais e Clínicos';
- É obrigatória a validação dos grupos de critérios constantes nessa janela para se processar o registo da proposta cirúrgica para uma das Cirurgias de Ambulatório (com ou sem pernoita);
- Os 'Critérios Sociais e Clínicos' e sugestão de disposição da informação na janela são apresentados no Quadro 3.

**Racional (6):** existem patologias que, actualmente e face ao estado da arte em medicina, são preferencialmente realizadas a nível de ambulatório. Desta forma, propõe-se que o sistema as identifique e sugira, por defeito, a sua realização em CA (o SONHO/SAM deve validar tal intenção a nível do registo da proposta cirúrgica).

**Medida:** no SONHO/SAM, efectuar a parametrização dos códigos de ICD9 que são preferencialmente realizados a nível de ambulatório.

### Proposta de alteração

- Dada a eventual inclusão e/ou eliminação de códigos de ICD9 para este fim, sugere-se a criação duma tabela que preveja este tipo de gestão – activar/desactivar códigos;
- No écran do SONHO/SAM onde se regista a informação relativa à proposta cirúrgica, introduzir uma validação que compare o conteúdo do atributo 'Tipo de Cirurgia' com o código da patologia principal:
  - Se Tipo Cirurgia = 'Cirurgia Convencional...' e
  - Código de Patologia Principal = 'algum código identificado na parametrização'
  - Então Abrir janela para identificar o motivo de exclusão de Ambulatório;
- Os códigos de ICD9 que são preferencialmente realizados a nível de ambulatório estão identificados no quadro 1;
- A janela que identifica os motivos de exclusão é semelhante à caracterizada nos 'Critérios Sociais e Clínicos', acrescentar os motivos 'Infra-estruturas do Hospital' e 'Organização da UCA';
- O critério de preenchimento desta janela é o de assinalar, pelo menos, um dos motivos aí identificados que justificam a exclusão da Cirurgia de Ambulatório;
- Assim, para continuar com o registo da proposta cirúrgica, mantendo a cirurgia convencional e uma patologia principal que induz Cirurgia Ambulatório, é obrigatória a validação de pelo menos um dos motivos/critérios identificados nesta janela;
- Desta forma e por defeito, para este conjunto de procedimentos o sistema sugere a realização da CA. Caso não seja possível ou desejável por motivos clínicos ou sociais, então terá de ser activamente o médico a efectuar a alteração e a justificar a sua decisão.



**Racional (7):** numa Cirurgia de Ambulatório, é necessário assegurar, a nível do episódio, a identificação do contacto da pessoa que, no momento da alta, assegure o encaminhamento do doente para o seu domicílio, bem como, sempre que possível, o nome do médico de família e respectivo centro de saúde/unidade de saúde familiar.

**Medida:** o pré-impresso da proposta cirúrgica deve identificar a informação necessária para viabilizar este registo, designadamente centro de saúde, médico de família e acompanhante (nome e contacto telefónico).

#### Proposta de alteração

- A informação relativa ao acompanhante (no contacto telefónico do acompanhante prever a possibilidade de registar pelo menos 2 números de telefone) deve ficar associada ao registo da proposta cirúrgica no SAM (versão hospitalar), com possibilidade de a alterar na fase de agendamento e/ou no dia em que se realiza a Cirurgia de Ambulatório (sugestão: criar o acesso a uma nova janela para o registo desta informação, depois da opção ‘Procedimentos Cirúrgicos’ – figura 2);
- O preenchimento da informação relativa ao acompanhante é obrigatório para efectuar/concluir o agendamento da cirurgia;
- Quanto à informação relativa ao médico de família e respectivo centro de saúde, deve proceder-se à actualização desta informação no módulo de identificação do SONHO. Por facilidade de consulta, na janela referida na alínea anterior, deve ser visualizada esta informação (centro de saúde e médico de família).

**Racional (8):** existem estatísticas que incidem sobre os doentes que estão marcados/agendados no sentido de saber se foram ou não operados e, se não foram, qual o motivo. Para melhor avaliar esta informação, sugere-se a criação de um atributo para caracterizar o resultado dos doentes marcados/agendados para cirurgia.

**Medida:** a nível do agendamento, criar um atributo no SONHO/SAM que permita registar o resultado desse agendamento. Este resultado deve ser parametrizado através duma tabela cujas alternativas podem ser, entre outras: Operado; Faltou; Internado; Sem Indicação Cirúrgica; Adiado;

#### Proposta de alteração

- Prever uma parametrização que viabilize a possibilidade de, para alguns destes resultados, poder ainda efectuar a caracterização do motivo desses resultados. Por exemplo, no caso de ‘Adiado’, prever ainda o registo do motivo do adiamento, que podem ser, entre outros, os seguintes: Doença, Dúvida Cirúrgica, Falta de tempo Cirúrgico, Falta de Pessoal, Falha Organizacional, Greve e Razões Imputáveis ao Doente.

**Racional (9):** No processo de referenciação de utentes dos cuidados de saúde primários para uma consulta hospitalar, o médico de família deve ter a possibilidade de efectuar esta referenciação sugerindo o regime de Cirurgia de Ambulatório.

**Medida:** Incluir no SAM, versão cuidados de saúde primários, a possibilidade do médico de família efectuar a referenciação sugerindo o regime de Cirurgia de Ambulatório (‘Nome da Especialidade – Sub-especialidade: Cirurgia de Ambulatório’).

#### Proposta de alteração

- Sempre que esta especificação é registada pelo médico de família, deve abrir automaticamente uma janela semelhante à caracterizada nos ‘Critérios Sociais e Clínicos’;
- Os quadros com os critérios apresentados na referida janela têm aqui um papel fundamentalmente informativo (lembrar os critérios que devem ser observados para uma proposta cirúrgica em regime de ambulatório). Contudo, deve ser dada ao médico de família a possibilidade de validar estes grupos de critérios, de uma forma global e única;



A não validação dos grupos de critérios não invalida a sugestão para o regime de Cirurgia de Ambulatório;

A aplicação informática que suporta o projecto 'Consulta a Tempo e Horas', Alert-P1, deve incluir a informação referida nas alíneas anteriores (sugestão do médico de família para regime de Cirurgia de Ambulatório e validação dos grupos de critérios, de uma forma global e única);

O conhecimento desta informação por parte do cirurgião triador do hospital permitirá um encaminhamento mais correcto do doente;

Esta informação deve ser automaticamente importada/integrada a partir do registo efectuado pelo médico de família no SAM (versão cuidados de saúde primários), evitando desta forma redundância no registo desta informação.

**Racional (10):** devem existir mecanismos para a exploração estatística e gestão dos processos.

**Medida:** criar três níveis de estatísticas: Nível Hospitalar, Nível regional e Nível Nacional (portal da Saúde).

No quadro 2, estão identificados os primeiros indicadores estatísticos definidos pela CNADCA, que se aplicam aos três níveis definidos nesta medida.

#### Proposta

- Nível hospitalar – Conjunto de estatísticas de exploração local que permita auxiliar a Instituição a avaliar de forma contínua os resultados obtidos pelo seu programa de Cirurgia de Ambulatório:
  - A definição dos indicadores é da responsabilidade do CNADCA;
  - A implementação dos indicadores é da responsabilidade da ACSS;
- Nível Regional – Conjunto de estatísticas para consolidação e exploração regional, cujas variáveis são importadas de forma automática a partir das bases de dados dos Hospitais (os hospitais também poderão consultar alguns destes indicadores regionais):
  - Criar, na ARS, uma Base de Dados Regional para este efeito (da responsabilidade da ARS);
  - Criar os procedimentos necessários para, a partir das bases de dados do SONHO de cada hospital e com uma frequência mensal, importar para a Base de Dados Regional as variáveis necessárias à obtenção dos indicadores regionais (da responsabilidade da ACSS);
  - As variáveis que devem ser incluídas neste mecanismo de importação vão depender dos indicadores regionais que vierem a ser definidos pela CNADCA;
  - O desenvolvimento dos mecanismos de exploração dos indicadores a nível regional ficará sob a responsabilidade da ARS.
- Nível Nacional (Portal da Saúde) – Conjunto de estatísticas que, de forma automática, devem ser disponibilizadas no Portal da Saúde de modo a que os resultados dos programas da Cirurgia de Ambulatório de cada hospital sejam públicos e passíveis de serem comparados:
  - A definição dos indicadores é da responsabilidade da CNADCA (estes indicadores são constituídos pela maioria dos indicadores do nível hospitalar e, eventualmente, alguns do nível regional);
  - A implementação dos indicadores é da responsabilidade da ACSS.



**QUADRO 1**  
**CÓDIGOS DE ICD9 QUE SÃO PREFERENCIALMENTE REALIZADOS A NÍVEL DE AMBULATÓRIO**

Procedimentos a incluir no âmbito do racional 5.	ICD9-CM
Artroscopia do joelho	80.26
Excisão de cartilagem semilunar do joelho	80.6
Extracção cirúrgica de dente NCOP	23.1
Operação no cristalino (cirurgia de catarata)	13.1 a 13.6
Reparação de hérnia inguinal	53.0 a 53.1
Reparação de hérnia femoral	53.2 a 53.3
Reparação de hérnia umbilical	53.4
Reparação de outro tipo de hérnia	53.9
Dilatação e curetagem do útero, NCOP	69.02 + 69.09
Laqueação e stripping de veias varicosas	38.59
Amigdalectomia (sem adenoidectomia)	28.2
Amigdalectomia com adenoidectomia	28.3
Adenoidectomia sem amigdalectomia	28.6
Miringotomia com inserção de tubo	20.01
Destr / oclusão endoscópica bilateral das trompas de Falópio	66.2
Operação nos músculos extraoculares (estrabismo)	15.0 a 15.9
Reparações e operações plásticas no nariz (rinoplastia)	21.8
Excisão local de lesão da mama	85.21
Hemorroidectomia	49.43 a 49.46
Excisão de quisto ou sinus pilonidal	86.21
Circuncisão	64.0
Libertação de contractura de Dupuytren (fasciotomia da mão)	82.35
Libertação do túnel cárpico	04.43
Orquidectomia e orquidopexia	62.3 a 62.5
Vasectomia e laqueação do canal deferente	63.7
Excisão e reparação de calo e outras deform dedos pés	77.51 a 77.59
Extracção de prótese de fixação interna de osso	78.6
Exérese de quisto de Baker	83.39
Abortamento cirúrgico	69.01 + 69.51
Fístula ou Fissura anal	49.73 + 49.79
Incontinência Urinária Feminina	59.79
Histeroscopia	68.12



## QUADRO 2

### INDICADORES ESTATÍSTICOS DEFINIDOS PELO CNADCA

#### Indicadores de qualidade

#### A. RELATIVOS À ORGANIZAÇÃO, ACESSIBILIDADE E IMPACTO DO PROGRAMA NA INSTITUIÇÃO:

1. Proporção de doentes que aguarda, há mais de seis meses, por cirurgia em CA [n.º de doentes que aguardam CA há mais de seis meses/n.º total de doentes em lista de espera para CA]	%
2. Proporção de doentes que aguarda, há menos de um mês, por cirurgia em CA [n.º de doentes que aguardam CA há menos dum mês/n.º total de doentes em lista de espera para CA]	%
3. Taxa de doentes que falha a admissão no dia da cirurgia em CA [n.º de doentes marcados para CA mas que faltam no dia da operação/n.º total de doentes marcados para CA]	%
Obs: Com a implementação das alterações proposta pela CNADCA, o numerador deste indicador corresponde ao n.º de doentes que estavam marcados/agendados para o período em análise mas que faltaram à cirurgia, ou seja, resultado = Faltou	
4. Taxa de doentes que vêm a sua cirurgia em CA ser cancelada ou não realizada [n.º de doentes marcados para CA mas que não são operados/n.º total de doentes marcados para CA]	%
Obs: Com a implementação das alterações proposta pela CNADCA, o numerador deste indicador corresponde ao n.º de doentes que estavam marcados/agendados para o período em análise e cuja cirurgia não foi realizada por motivos não imputáveis ao doente, ou seja, Resultado = Adiado e motivo in (Greve, Falha organizacional, falta de pessoal, falta de tempo cirúrgico, etc).	

#### B. RELATIVOS AOS RESULTADOS OBTIDOS PELO PROGRAMA DE CA:

1. Taxa de doentes operados em CA que necessitaram de pernoitar no hospital (CA de 23 horas) [n.º de doentes operados em CA que pernoitaram no hospital /n.º total de doentes operados em CA]	%
2. Taxa de doentes operados em CA que necessitaram de ser internados [n.º de doentes operados em CA que ficam internados/n.º total de doentes operados em CA]	%
Obs: Com a implementação das alterações propostas pela CNADCA, estes dois dados estatísticos incluem o mesmo denominador (total de doentes operados em CA) e o numerador, no primeiro caso: é o n.º total de doentes cujo intervalo de tempo entre a admissão e a alta é superior a 12 horas e 'tipo de cirurgia = cirurgia ambulatório COM pernoita'; no segundo caso: é o n.º total de doentes que necessitou de ser internado (transforma-se num episódio de cirurgia convencional) e 'tipo de cirurgia = Cirurgia Convencional'.	
3. Taxa de reintervenção cirúrgica hospitalar nos 30 dias seguintes à cirurgia em CA [n.º de doentes operados em CA que são reoperados no período de 30 dias de pós-operatório/n.º total de doentes operados em CA]	%
'Reoperado' – doente submetido a uma intervenção cirúrgica (seja em CA ou Cirurgia Convencional), na mesma instituição e no mesmo serviço, durante os 30 dias posteriores à alta da primeira cirurgia, efectuada em CA.	
4. Taxa de mortalidade nos 30 dias de pós-operatório por CA [n.º de doentes falecidos no período de 30 dias de pós-operatório em CA/n.º total de doentes operados por CA]	%
5. Taxa de doentes readmitidos nos 30 dias de pós-operatório em CA [n.º de doentes operados em CA que regressam ao mesmo hospital e ficam internados no mesmo serviço, nos 30 dias de pós-operatório/n.º total de doentes operados em CA]	%
Obs: No numerador devem ser contabilizados os doentes que foram internados no hospital durante os 30 dias posteriores a uma cirurgia de ambulatório realizada nesse hospital e no mesmo serviço onde foram submetidos a CA.	

(continua na página seguinte)



C. RELATIVOS À EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS DE CA:

1) Procedimentos mais frequentemente realizados em regime de ambulatório	ICD9-CM	A. Cirurgia Ambulatória		B. Cirurgia Convencional	Total Cirurgias (A+B)
		Total (**)	Taxa (*)		
Artroscopia do joelho	80.26				
Excisão de cartilagem semilunar do joelho	80.6				
Extracção cirúrgica de dente NCOP	23.1				
Operação no cristalino (cirurgia de catarata)	13.1 a 13.6				
Reparação de hérnia inguinal	53.0 a 53.1				
Reparação de hérnia femoral	53.2 a 53.3				
Reparação de hérnia umbilical	53.4				
Reparação de outro tipo de hérnia	53.9				
Dilatação e curetagem do útero, NCOP	69.02 + 69.09				
Laqueação e stripping de veias varicosas	38.59				
Amigdalectomia (sem adenoidectomia)	28.2				
Amigdalectomia com adenoidectomia	28.3				
Adenoidectomia sem amigdalectomia	28.6				
Miringotomia com inserção de tubo	20.01				
Destr / oclusão endoscópica bilateral das trompas de Falópio	66.2				
Operação nos músculos extraoculares (estrabismo)	15.0 a 15.9				
Reparações e operações plásticas no nariz (rinoplastia)	21.8				
Excisão local de lesão da mama	85.21				
Hemorroidectomia	49.43 a 49.46				
Excisão de quisto ou sinus pilonidal	86.21				
Circuncisão	64.0				
Libertação de contractura de Dupuytren (fasciotomia da mão)	82.35				
Libertação do túnel cárpico	04.43				
Orquidectomia e orquidopexia	62.3 a 62.5				
Vasectomia e laqueação do canal deferente	63.7				
Excisão e reparação de calo e outras deform dedos pés	77.51 a 77.59				
Extracção de prótese de fixação interna de osso	78.6				
Exérese de quisto de Baker	83.39				
Abortamento cirúrgico	69.01 + 69.51				
Fístula ou Fissura anal	49.73 + 49.79				
Incontinência Urinária Feminina	59.79				
Histeroscopia	68.12				
<b>TOTAL GRUPO 1)</b>					

(continua na página seguinte)



2) Procedimentos não universalmente realizados em regime de ambulatório	ICD9-CM	A. Cirurgia Ambulatória		B. Cirurgia Convencional	Total Cirurgias (A+B)
		Total (**)	Taxa (*)		
Lobectomia unilateral da tiróide	06.2				
Colecistectomia laparoscópica	51.23				
Cirurgia antirefluxo por laparoscopia	44.64 a 44.66				
Prostatectomia transuretral	60.2				
Histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (LAVH)	68.51				
Reparação de cistocelo e rectocelo	70.5				
Excisão ou destruição de disco intervertebral	80.5				
Reparação dos ligamentos cruzados do joelho	81.43 + 81.45				
Mamoplastia redutora bilateral	85.32				
Mastectomia	85.4				
Abdominoplastia	86.83				
<b>TOTAL GRUPO 2)</b>					
(*) Taxa= total de cirurgias ambulatoriais/total de cirurgias (para cada procedimento) (**) O total de cirurgias de ambulatório inclui a CA com e sem pernoita					
<b>D. RELATIVOS À AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA GLOBAL DA INSTITUIÇÃO (EM DOENTES SAÍDOS):</b>					
1. Nº total de doentes operados em cirurgia programada (soma de a+b) a. Nº total de doentes operados em regime de internamento (cirurgia convencional) b. Nº total de doentes operados em regime de ambulatório (com e sem pernoita) Obs: Excluir a produção adicional					
2. Nº total de doentes operados urgentes Obs: Cirurgia urgente = Cirurgia não programada					
3. Nº total de doentes operados em produção adicional (soma de c+d) c. Nº total de doentes operados em regime de internamento d. Nº total de doentes operados em regime de ambulatório (com e sem pernoita)					
4. Nº total de pequenas cirurgias – intervenções com < 50 K (doentes saídos)					
5. Nº total de doentes operados na Instituição (soma de 1 + 2 + 3 + 4)					



**QUADRO 3**  
**'CRITÉRIOS SOCIAIS E CLÍNICOS' E SUGESTÃO DE DISPOSIÇÃO DA INFORMAÇÃO**

Tendo em conta os critérios cirúrgicos, médicos e sociais, poderá o doente ser incluído num programa de cirurgia em regime de ambulatório ?	S	N
Se sim, com ou sem pernoita hospitalar:	CP	SP

**CrITÉrios ClÍnicos**

1. Doentes clínica e psiquicamente estáveis
2. Doentes ASA I e II; os doentes ASA III devem ser avaliados por anestesiolista
3. Cirurgias pouco traumáticas, de duração previsível inferior a 120 min
4. Cirurgias com baixa probabilidade de complicações pós-operatórias
5. Dor pós-operatória possível de ser controlada por via oral

**CrITÉrios Sociais**

1. Condições de habitabilidade no local de pernoita
2. Fácil acesso a comunicações
3. Acompanhado por adulto responsável nas primeiras 24 h
4. Transporte próprio assegurado
5. Local de pernoita a menos de 60 min. da unidade
6. Aceitação do doente após informação da inclusão em programa de CA

Figura 1 > Ecran do SAM, versão hospitalar, para registo da informação relativa à proposta cirúrgica.

Figura 2 > Ecran do SAM, versão hospitalar, para registo da informação relativa os procedimentos cirúrgicos no âmbito duma proposta cirúrgica.



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 10.1. INTRODUÇÃO

Hoje e cada vez mais no futuro muito próximo, a garantia da qualidade é uma opção estratégica absolutamente inquestionável. Perante uma sociedade mais exigente e com direitos reconhecidos, a garantia da qualidade faz parte integrante de todas as instituições, para além de constituir um garante dos profissionais que, no exercício da sua actividade, querem ver reconhecido o seu desempenho e envolvimento nas políticas institucionais.

O objectivo da qualidade passa pela implementação de medidas de melhoria contínua que levarão à qualidade total, sendo que esta engloba o envolvimento da gestão de topo, a definição de objectivos que visam a satisfação do cliente e dos profissionais, a implementação de programas de melhoria continua, o reconhecimento por todos os envolvidos da cultura da qualidade e a valorização através dos resultados.

A qualidade pressupõe a implementação de medidas que se orientam e se centram em resultados, no cliente, numa liderança e persistência nas intenções, numa gestão por processos e factos, no envolvimento e desenvolvimento pessoal, na inovação e melhoria contínua, no desenvolvimento de parcerias e num sentido de responsabilidade social.

É pois necessário que se defina uma política de qualidade institucional ou de serviço.

Uma Política de Qualidade procura responder às diferentes dimensões desta, desde a concepção, ao planeamento até à execução auditada e avaliada. Assenta em estratégias, que são entre si complementares e indispensáveis para a garantia da sua concretização, da prevenção do erro e do controlo/auditoria do planeado.

Em concreto, uma Política de Qualidade pretende abranger todas as vertentes das actividades de uma organização que respeite o cumprimento da sua missão e, por si, o garante de qualidade total.

Sendo a principal missão de uma instituição hospitalar a prestação de cuidados de saúde, naturalmente que a preocupação será a de desenvolver processos qualificados que conduzam à melhoria contínua desses cuidados, na busca da excelência.

Para que esses cuidados de saúde atinjam os níveis desejados, são necessários recursos adequados e processos de suporte eficazes, eficientes e bem articulados.

Tendo sempre presente que todas as actividades são desenvolvidas por profissionais que se pretendem competentes e virtuosos, é indispensável a gestão adequada do risco e da segurança, da formação, da justiça social e da consideração do mérito relativo.

Sem esquecer que o utente é o alvo principal da missão do hospital, é necessário respeitar a sua autonomia enquanto pessoa e o seu benefício enquanto objecto das intervenções dos cuidados de saúde. É também essencial a apreciação dos resultados dos cuidados prestados, quer do ponto de vista técnico quer do ponto de vista do grau de satisfação.

Considerando que todos estes factores exigem uma informação adequada e atempada, é necessário o aperfeiçoamento dos registos e a implementação de um plano de comunicação interna e externa ajustado aos diferentes intervenientes.

Não se podem esquecer os custos que este processo acarreta e as bases que são necessárias para desenvolver um suporte financeiro apropriado, por isso preconiza-se uma vigilância permanente contra o desperdício, a favor da eficácia e da eficiência, da diferenciação técnica, da produção e da cobrança apropriada.



Faz ainda parte constante da política da qualidade, a simplificação de meios, diminuindo a burocracia ao mínimo indispensável, sem subverter a cadeia de responsabilidades que é parte integrante dessa mesma política.

Não se exclui de uma política da qualidade, um sistema apropriado para o acolhimento e integração de novos elementos, bem como de sistemas de auditoria interna e externa que monitorizem todo o desempenho.

É ainda considerada uma componente essencial de uma política da qualidade, o desenvolvimento de mecanismos de auto análise e de aperfeiçoamento individual, centrados na preocupação do bom funcionamento colectivo, que conduzam ao cumprimento da missão dos serviços e da instituição.

É, também, importante fazer sentir a todos os profissionais que fazem parte de um colectivo em busca de um aperfeiçoamento permanente e a cada um se exige o empenhamento necessário que represente o todo institucional em cada interface com os utentes.

Uma política da qualidade visa, em síntese, converter a ideia da melhoria contínua num hábito.

Isto é, que seja absolutamente natural a sua prática, de modo a desenvolver uma auto-exigência tal que aprofunde os mecanismos de auto-avaliação e de correcção e que conduza a um envolvimento empenhado, com optimismo, das melhores soluções para todos.

É, ainda, política institucional da qualidade obter um reconhecimento externo, por entidades devidamente credenciadas, de modo a que os profissionais sintam premiado o seu empenho na busca da excelência.

## 10.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

A avaliação da qualidade é frequentemente consolidada em torno da abordagem que distingue a estrutura, o processo e os resultados, como componentes imprescindíveis para medir a qualidade.

**Estrutura:** corresponde aos factores logísticos e de organização necessários à prática dos cuidados. Compreende elementos como a arquitectura, os materiais, o equipamento, o pessoal, a organização, o funcionamento e a gestão.

A este nível, são muitas as especificidades que devem ser consideradas quando se inicia um projecto onde se pretende desenvolver e dar corpo a uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Dependendo do contexto em que esse projecto vai decorrer e tendo em conta a caracterização de todo o espaço envolvente no que se refere ao ambiente interno e externo, a programação das propostas deve ser ponderada, privilegiando o cuidado e rigor a dedicar a esta fase do projecto.

Deste rigor antecipado resultará uma unidade que, no futuro, estará preparada para responder às necessidades institucionais e dos respectivos utentes, garantindo a sua satisfação.

Para atingir esse objectivo, interessa que fique bem definido o organigrama funcional que deverá estabelecer de forma distinta os circuitos a efectuar por utentes, acompanhantes e profissionais. Estes circuitos devem estar desenvolvidos de forma independente dos utilizados pelos doentes internados, para os doentes do programa de cirurgia ambulatória, desde o início do seu processo na fase de acolhimento até à alta hospitalar. Ressalva-se, no entanto, a possibilidade de comunicação entre os circuitos de doentes cirúrgicos do programa de ambulatório com os de internamento nos modelos integrados, em que a utilização do bloco operatório e da unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) são partilhados.



O fluxo de bens e serviços deve também obedecer a normas de higiene e segurança, distinguindo o circuito de limpos e esterilizados do circuito dos sujos, devendo este último respeitar as recomendações para a triagem de resíduos.

O funcionamento de uma unidade de cirurgia de ambulatória depende de serviços de apoio, que se devem articular entre si para um resultado final eficiente, pelo que se torna também fundamental definir o seu funcionamento.

O espaço atribuído, de raiz ou adaptado, a uma unidade deste tipo deve atender a estes pressupostos, respeitando princípios básicos de segurança para utentes e profissionais.

Para este espaço, deve ser efectuada uma correcta previsão dos recursos materiais no sentido de dotar a unidade de materiais e equipamentos preferencialmente exclusivos, evitando o imprevisto e o risco de situações menos desejadas para a garantia da qualidade.

A dotação de recursos humanos, a par de todos os aspectos já referidos, que se apresentam não pela ordem de importância mas por uma questão de funcionalidade, deve ser criteriosa e, uma vez mais, dedicada à unidade. As competências e qualificações exigidas no recrutamento de profissionais devem garantir a qualidade dos serviços prestados em todos os postos de trabalho, tendo em conta a produção cirúrgica e as condições de trabalho.

Por último, a operacionalização e monitorização de todos estes pressupostos prendem-se com uma estratégia de gestão, que se deseja participada, rigorosa, atenta e criteriosa.

**Processo:** engloba as diversas intervenções, dos prestadores de cuidados, consideradas necessárias para satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes. Compreende todos os métodos de trabalho e procedimentos utilizados para a produção de um determinado serviço.

O método de trabalho é desenvolvido por cada profissional nos diferentes postos de trabalho que pode ocupar numa unidade de cirurgia de ambulatório, desde que o utente é admitido na consulta até à alta da unidade. Contudo, o desenvolvimento de espírito de equipa é fundamental para o sucesso da unidade. O envolvimento multidisciplinar será uma garantia da satisfação quer dos profissionais quer dos utentes.

Contudo, há uma sequência de etapas relevantes em todo o processo que deverá ser explicada ao utente, recorrendo a **Fluxogramas** que clarifiquem cada uma das etapas. (ANEXO I)

Por outro lado, a clara definição dos procedimentos a realizar e a adequação de métodos de trabalho à realidade deverá ser uniformizada e assegurar a intervenção dos diferentes grupos profissionais no processo, a sua interacção e articulação com os serviços de apoio.

Assim, e no sentido de garantir os mais elevados padrões de qualidade e eficiência, sugere-se que cada Instituição elabore um documento que defina normas e descreva **Procedimentos** (ANEXO II), assim como estabeleça a aplicação **Protocolos Técnicos** (ANEXO III) multidisciplinares que permitam aos profissionais da unidade uniformizar e normalizar as suas intervenções e metodologias, no sentido de assegurar não só o cumprimento de tarefas atribuídas aos diferentes profissionais, como também melhorar a interdependência de funções, a articulação com os serviços de apoio e atribuir as respectivas responsabilidades.

A elaboração de **Folhetos Informativos** (ANEXO IV) poderá constituir uma excelente oportunidade para melhorar a comunicação com os utentes e facilitar a compreensão de recomendações a seguir após a alta hospitalar. Este folheto deverá responder àquelas que são as principais inquietações do utente da CA, a forma de as superar e onde recorrer



caso necessário. No caso do utente ser uma criança, o folheto informativo é também um auxiliar de informação e de apoio para a família.

Não menos importante que tudo isto, o atendimento que proporcionamos aos nossos utentes condiciona a imagem que eles transmitem do serviço para o exterior.

Empenhamento, competência, compreensão, correcção e rigor são valores e atitudes que contribuem para que os utentes beneficiem de um bom atendimento.

A primeira impressão é crucial para estabelecer um bom relacionamento com o utente e é a que fica e que perdurará como cartão de visita da Instituição ou Serviço.

A construção de um **Manual de Boas Práticas** (ANEXO V) constitui para os profissionais um guia de orientação para que todo o tipo de comunicação seja o mais eficaz possível.

**Resultados:** dependem da mudança obtida no estado de saúde da cada pessoa. Para alguns autores, esta é, de facto, a única vertente que permite, verdadeiramente, avaliar a qualidade do serviço prestado, visto que a prática está directamente relacionada com a mudança da saúde da pessoa.

Monitorizar a qualidade é, pois, uma preocupação e uma necessidade no desenvolvimento de qualquer unidade de cuidados e, em particular, na cirurgia de ambulatório.

Em Portugal, os programas desenvolvidos direccionam-se essencialmente para a estrutura e para o processo, vertentes nas quais as instituições têm investido, acreditando que as melhorias implementadas ao nível da estrutura e do processo influenciam claramente os resultados. No entanto, para avaliar os cuidados de saúde, qualitativa e quantitativamente, é necessário um conjunto de indicadores direccionados não só para os aspectos referidos mas sobretudo para os resultados verificados.

Actualmente, os sistemas de informação existentes desenvolveram aplicativos capazes de fornecer alguns dados para que se possam criar indicadores que permitam o desenvolvimento da unidade e a implementação de medidas de melhoria.

A possibilidade de desenvolvimento de **indicadores clínicos de qualidade** é quase ilimitada, sugerindo-se a implementação dos seguintes:

#### 1. Relativos à organização, acessibilidade e impacto do Programa na Instituição:

- Taxa de doentes que aguarda há mais de seis meses por cirurgia em CA  
[n.º de doentes que aguardam CA há mais de seis meses/n.º total de doentes em lista de espera para CA]
- Taxa de doentes que aguarda há menos de um mês por cirurgia em CA  
[n.º de doentes que aguardam CA há menos dum mês/n.º total de doentes em lista de espera para CA]
- Taxa de doentes que falha a admissão no dia da cirurgia em CA  
[n.º de doentes marcados mas que faltam no dia da operação/n.º total de doentes marcados]
- Taxa de doentes que vêem a sua cirurgia em CA ser cancelada ou não realizada  
[n.º de doentes marcados mas que não são operados/n.º total de doentes marcados]



## 2. Relativos aos resultados obtidos pelo programa de CA:

- Taxa de doentes que necessitou de pernoitar no Hospital (CA de 23 horas)  
[n.º de doentes que pernoitaram no hospital / n.º total de doentes operados em CA]
- Taxa de doentes que necessitou ser internado  
[n.º de doentes que ficaram internados / n.º total de doentes operados em CA]
- Taxa de reintervenção cirúrgica hospitalar nos 30 dias seguintes à cirurgia  
[n.º de doentes reoperados ao fim de 30 dias de pós-operatório / n.º total de doentes operados]
- Taxa de mortalidade nos 30 dias de pós-operatório  
[n.º de doentes falecidos ao fim de 30 dias de pós-operatório / n.º total de doentes operados]
- Taxa de doentes readmitidos ao fim de 30 dias de pós-operatório em CA  
[n.º de doentes que regressam ao Hospital e ficam internados ao fim de 30 dias de pós-operatório / n.º total de doentes operados]

## 3. Relativos à avaliação da produção cirúrgica da UCA (em doentes saídos):

- N.º total de doentes operados em regime ambulatorio (com identificação separada dos programas com e sem pernoita hospitalar)
- Percentagem de doentes operados em regime ambulatorio relativamente à totalidade de doentes cirúrgicos programados da Instituição  
(N.º total de doentes operados em regime de ambulatorio / N.º total de doentes operados em regime de ambulatorio + N.º total de doentes operados em regime de internamento).

Existem ainda Indicadores de resultado e de processo, que deverão gradualmente serem incluídos na avaliação, de forma a aumentar a exigência dos procedimentos. Dentro dos mais relevantes, sublinham-se os indicadores do processo de Enfermagem, nomeadamente:

- Total de doentes que foi avaliado pela Enfermagem no pré-operatório / Total de doentes operados em CA
- Total de doentes que foi contactado pela Enfermagem nas 24h do pós-operatório / Total de doentes operados em CA.

## 10.3. MEDIDAS PRECONIZADAS

**3.1.** A construção de um **Manual da Qualidade**, que integre o conjunto de orientações que permitem organizar as actividades realizadas numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório, pode ser o primeiro passo para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade.

Este instrumento tem como principais objectivos:

- Descrever a Política da Qualidade e a Estrutura Organizativa da Instituição.
- Estabelecer e formalizar regras de funcionamento na admissão e atendimento de clientes.
- Dotar os profissionais de um instrumento de trabalho para apoiar o desempenho das suas funções e apoiar a integração de novos profissionais.



Deverá ser parte integrante deste instrumento de trabalho, para além do Manual de Qualidade para Admissão e Organização do Atendimento de Utentes (que defina processos, recursos, competências, métodos e indicadores), um Manual de Procedimentos e Instruções de Trabalho e um Manual de Boas Práticas do Atendimento.

**3.2. Realização de Inquéritos de Satisfação** periódicos, de modo a avaliar a forma como a qualidade é percebida pelos utentes. Deverão ser normalizados a nível nacional, para ser possível comparar e avaliar os resultados, nomeadamente o tipo de questões, a altura (aquando da alta; 30 dias após a cirurgia; 6 meses após a cirurgia) e o modo (resposta via correio ou telefonema; entrega de questionário no momento da alta, na consulta aos 30 dias, enviado pelo correio) da sua realização.

**3.3. O fim último desejado será a Acreditação/Certificação** – reconhecimento das competências técnicas da entidade para executar determinadas actividades, para além de que fomenta a qualidade, melhora o desempenho, promove o desenvolvimento tecnológico, aumenta a credibilidade, incentiva a racionalização e contribui para a modernização administrativa, entre outras.

O Instituto Português de Qualidade, IP (IPQ) é o organismo que tem por missão a coordenação do Sistema Português da Qualidade (SPQ). Como Organismo Nacional de Normalização, compete-lhe, designadamente, promover a elaboração de normas portuguesas, garantindo a coerência e actualidade do acervo normativo nacional e promover o ajustamento de legislação nacional sobre produtos às normas da União Europeia.

As Unidades de Cirurgia de Ambulatório são, em determinadas situações, acreditadas/certificadas num contexto mais global, nomeadamente quando determinada Instituição é objecto de um processo deste tipo, nomeadamente pelo 'King's Fund' ou 'Joint Commission'.

No entanto, não existe qualquer norma específica para a acreditação destas Unidades, que possua um conjunto de critérios e indicadores capaz de as avaliar de forma adequada.

Nesse sentido, o IPQ e a CNADCA acordaram na utilidade da criação de uma Comissão Técnica Nacional que integrasse um conjunto de peritos capazes de se envolverem na construção de uma norma dedicada à Cirurgia de Ambulatório. Esta norma poderia posteriormente ser proposta para ser uniformizada a nível Europeu, através de Acordos de Reconhecimento Mútuo.

As vantagens deste sistema na Cirurgia de Ambulatório seriam várias, nomeadamente:

- A acreditação/certificação daria confiança aos utentes e credibilidade aos serviços e aos profissionais;
- A acreditação/certificação permitiria que as unidades públicas e privadas fossem avaliadas segundo o mesmo modelo, e possibilitaria que o Estado e eventualmente os subsistemas e até as seguradoras só efectuassem acordos/convenções com entidades acreditadas;
- A identificação das unidades acreditadas/certificadas poderia ser utilizada na selecção das entidades admissíveis a candidaturas a fundos nacionais e/ou europeus;
- A acreditação/certificação seleccionaria os serviços que teriam idoneidade formativa, nomeadamente para módulos de formação para especialistas médicos, enfermeiros, gestores/administradores.

A acreditação/certificação seria evidenciada através de um Certificado, onde seria descrito em pormenor o âmbito da mesma (norma a criar de novo por esta Comissão Técnica). As unidades poderiam posteriormente ser reconhecidas pelo uso da Marca nos documentos relativos às suas actividades.



Neste sentido, a CNADCA enviou convite às várias Instituições/ Sociedades/Organizações representativas da Cirurgia de Ambulatório, para formar uma Comissão Técnica que seja credível e consensual, incluindo médicos/enfermeiros/utentes/gestores/administradores hospitalares, parceiros públicos e privados, organizações oficiais e académicas, peritos e tutela, nomeadamente:

- Ordem dos Médicos;
- Ordem dos Enfermeiros;
- Plataforma ‘Saúde em Diálogo’, em representação dos utentes;
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares;
- Colégios das Especialidades de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica, Urologia, Neurocirurgia, Dermatologia e Venereologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Gastroenterologia, Obstetrícia/Ginecologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Estomatologia, Cirurgia Cardio-Torácica;
- Sociedades Portuguesas de Cirurgia, Oftalmologia, Anestesiologia, Cirurgia Pediátrica, Dermatologia e Venereologia, Gastroenterologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Cardio-Torácica, Estomatologia e Medicina Dentária, Angiologia e Cirurgia Vascular, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial, Ginecologia, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Urologia;
- Clube de Anestesia Regional;
- Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA);
- Associação Portuguesa de Hospitalização Privada;
- Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve;
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS);
- Direcção Geral da Saúde (DGS);
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Prevê-se a constituição da Comissão Técnica em Junho e que a duração destes trabalhos seja de cerca de 6 meses. Posteriormente, haverá necessidade de formar auditores e acreditar/certificar entidades privadas que sejam reconhecidas no âmbito desta nova norma, podendo desta forma efectuar as auditorias externas que irão conferir a acreditação/certificação.

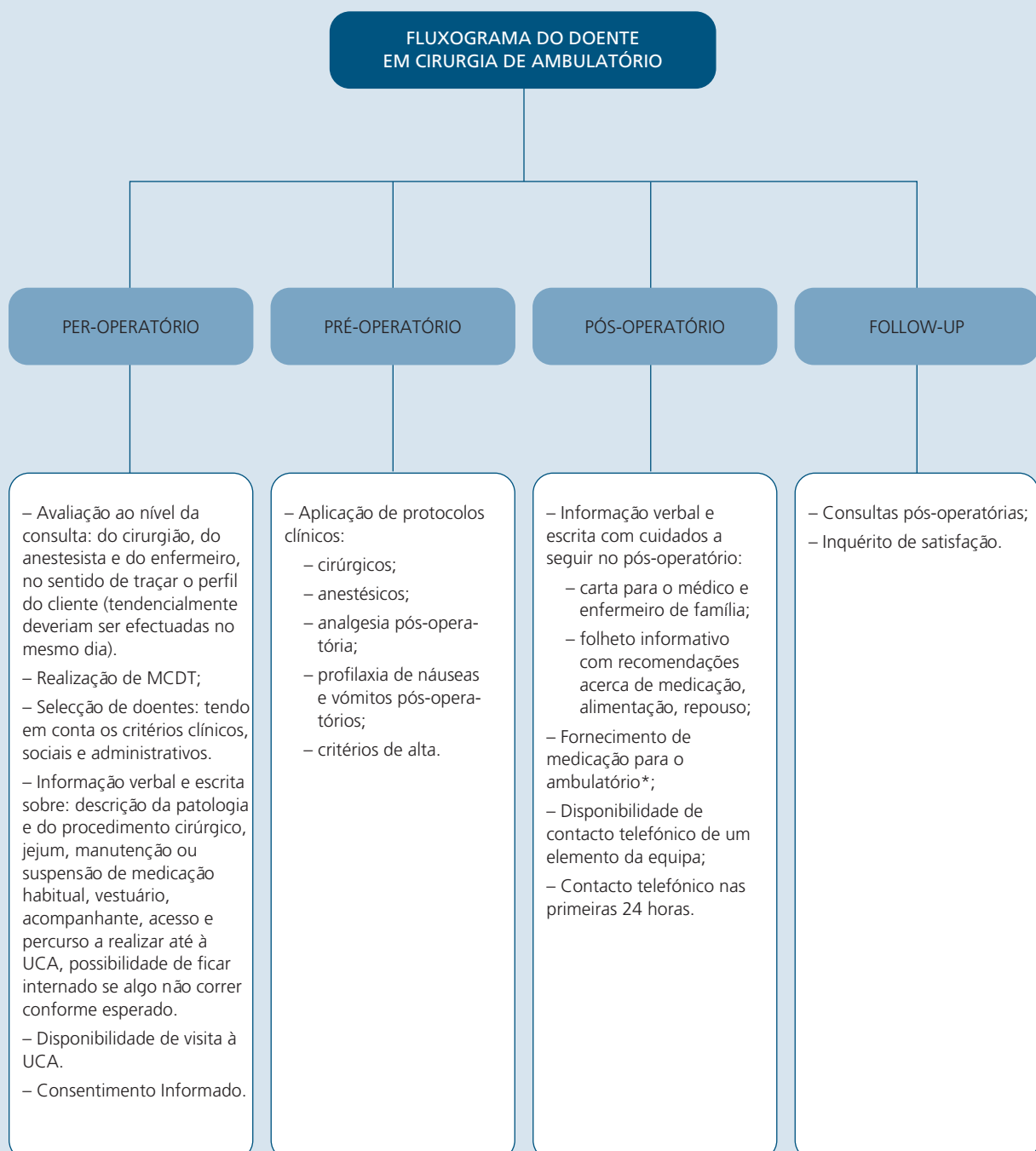
Assim, será possível vir a ter Unidades de Cirurgia de Ambulatório acreditadas/certificadas pela primeira vez para este efeito, no prazo de 18 meses. Tal facto constituiria um marco histórico, mesmo internacionalmente, na monitorização da qualidade em Cirurgia de Ambulatório.

As questões dos processos da qualidade em saúde, foram no passado funções do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), cujas competências foram posteriormente integradas na Agência da Qualidade na Saúde (AQS), no âmbito da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e que será previsivelmente transferida para a Direcção-Geral da Saúde (DGS). No entanto, a CNADCA é de opinião que se tratam de projectos diferentes, na sua génese, modelo de abordagem e finalidades, pelo que se justificará a formação da Comissão Técnica Nacional, integrando a DGS, e que em articulação com o IPQ elabore uma norma dedicada à Cirurgia de Ambulatório.



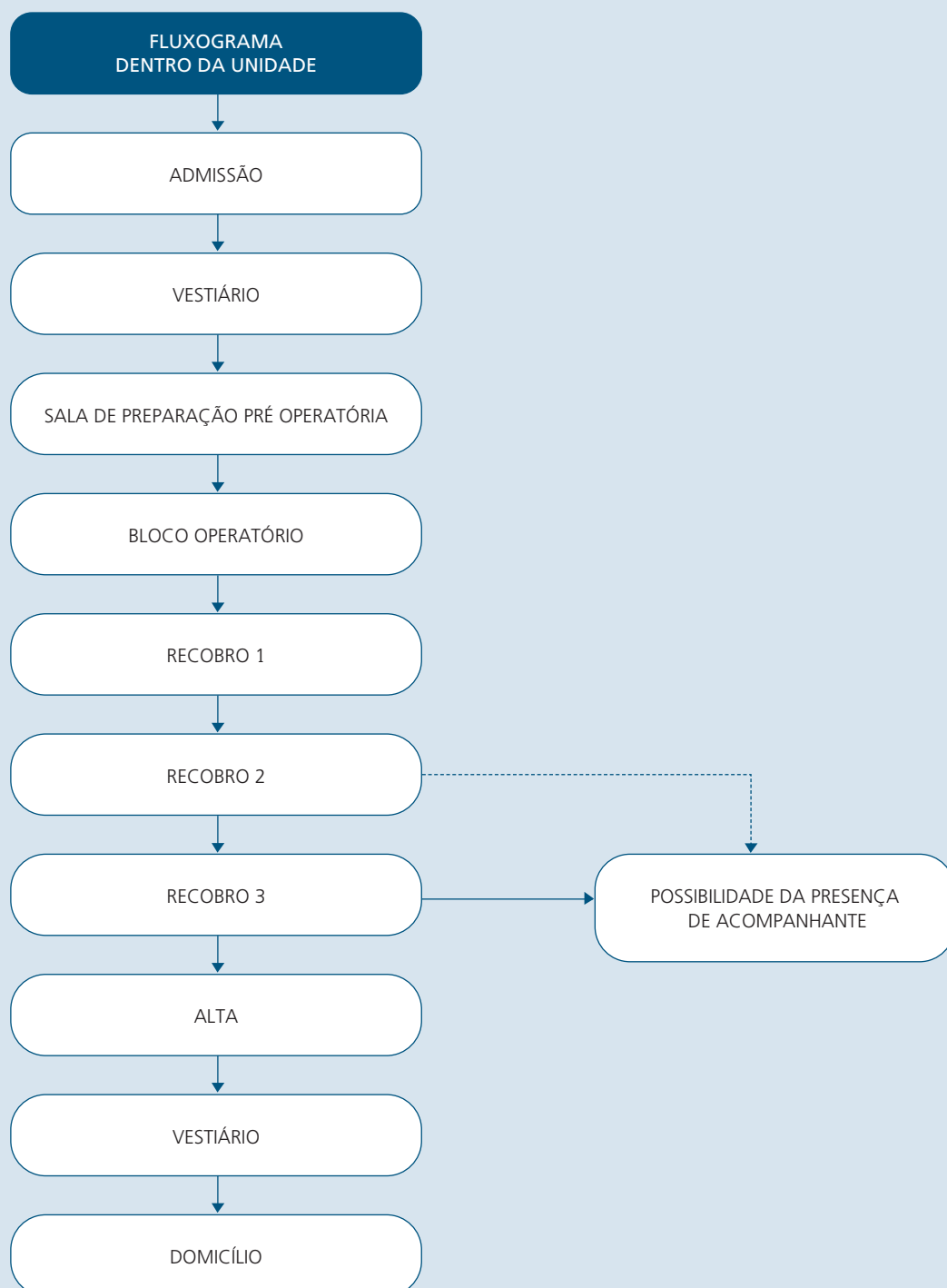
## ANEXO I – FLUXOGRAMAS

### 1. ETAPAS DE TODO O PROCESSO





## 2. PERCURSO DENTRO DA UNIDADE





## ANEXO II – PROCEDIMENTOS

A construção de um procedimento deve atender às seguintes etapas:

### Objectivos

- Finalidades específicas do procedimento ou instrução de trabalho.

### Âmbito

- Condições de aplicação do procedimento: a quem se aplica, os responsáveis pela aplicação e os objectos de aplicação.

### Definições

- Definir termos e conceitos utilizados na descrição das actividades reguladas por um procedimento, para os quais seja útil esclarecer o seu significado.
- O critério de redacção está relacionado com a necessidade de precisar um termo ou de definir um conceito.

### Referências

- Identificam-se todos os documentos que estejam directamente relacionados com o procedimento e que foram tidos em conta para a sua elaboração.
- Podem ser consideradas referências: Normas Técnicas, Normas de Sistema de Gestão da Qualidade (ISO 9001:2000); Legislação aplicável; Normas Internas da instituição ou do Serviço.

### Responsabilidades

- Clarifica a correspondência entre as atribuições e as matérias tratadas em cada procedimento ou instrução de trabalho.

### Descrição

- Descrevem-se, sequencialmente, todas as actividades que necessitem estar reguladas em procedimento ou instrução de trabalho.
- Pode utilizar-se apenas um descritivo, ou combiná-lo com uma representação em fluxograma ou, ainda, utilizar outras representações gráficas, desde que este processo ajude à compreensão do procedimento.

## ANEXO III – PROTOCOLOS TÉCNICOS

Os protocolos da Cirurgia de Ambulatório devem ser referentes a actividades específicas desenvolvidas nesta Unidade. Devem ser avaliados, anualmente, pela direcção da unidade ou por proposta de qualquer director de serviço interveniente.

**Protocolos Cirúrgicos** – Para cada patologia cirúrgica, é elaborado um protocolo específico. Neste protocolo está definido a constituição da equipa cirúrgica, a preparação pré-operatória, os equipamentos, o material de apoio, os instrumentos cirúrgicos, o posicionamento do cliente e o processo descritivo da intervenção cirúrgica em causa.

Compete à direcção de serviço elaborar os protocolos para as várias cirurgias das suas áreas.

Compete à chefia de enfermagem incluir nestes protocolos as actividades inerentes às funções dos enfermeiros.



**Protocolos Anestésicos** – Define e descreve as diferentes técnicas anestésicas, fármacos utilizados e níveis de monitorização clínica, a utilizar pelos anestesistas que têm actividade no programa cirúrgico de ambatório.

Compete à direcção do serviço de anestesia, a elaboração dos protocolos, assim como a respectiva actualização.

**Protocolo de Admissão** – Este protocolo define os critérios clínicos e sociais de aceitação de um cliente para regime ambatório.

Compete aos directores dos serviços cirúrgicos e de anestesia e enfermeiro chefe a definição do perfil cirúrgico, anestésico e social adequado a este regime, atentos às regras da Cirurgia de Ambatório.

**Protocolo Recobro 1** – Este protocolo define o percurso do utente do término da intervenção cirúrgica ao recobro imediato, bem como os cuidados prestados ao utente neste período.

Compete aos directores dos serviços cirúrgicos e de anestesia e enfermeiro chefe a elaboração deste protocolo.

**Protocolo Recobro 2** – Este protocolo define o percurso do utente desde a admissão no recobro tardio até a alta, bem como os cuidados prestados ao utente neste período.

Compete aos directores dos serviços cirúrgicos e de anestesia e enfermeiro chefe a elaboração deste protocolo.

**Protocolo de analgesia pós-operatória** – Este protocolo procura definir uma estratégia terapêutica eficaz no sentido de minimizar a percepção da dor no pós-operatório e assim diminuir a incidência da mais frequente complicação em programas de CA, responsável não só por admissões hospitalares não previstas, readmissões hospitalares e elevados graus de insatisfação nos utentes admitidos a este tipo de programas cirúrgicos.

Compete aos directores dos serviços cirúrgicos e de anestesia a elaboração deste protocolo.

**Protocolo de prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios** – Este protocolo estratifica, em diferentes graus de probabilidade de incidência de náuseas e vômitos, os utentes propostos para cirurgia, atribuindo a cada um deles uma intervenção farmacológica profiláctica para diminuir a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório. É também uma complicação frequente que, para além de poder dificultar a recuperação clínica pós-operatória, gera de igual modo grande insatisfação nos clientes das unidades.

Compete aos directores dos serviços cirúrgicos e de anestesia a elaboração deste protocolo.

**Protocolo de Alta** – Este protocolo define os critérios necessários para que a alta clínica de um utente seja dada com segurança tendo por base as normas da Cirurgia de Ambatório. Define, ainda, a necessidade de serem dadas orientações apropriadas à situação em causa.

Compete à Direcção da Unidade de Cirurgia de Ambatório definir os protocolos finais e sua implementação.

\* A CNADCA considera o 'Fornecimento de medicação para o ambatório' como uma prática aconselhável, pelas vantagens inerentes para os utentes e para o SNS. Trata-se da entrega gratuita, pela unidade hospitalar, de fármacos em unidose, para as primeiras 24h do pós-operatório (tendencialmente para os primeiros 5 dias de pós-operatório), que deverá incluir medicação analgésica, e eventualmente anti-emética.

Esta abordagem permite evitar a deslocação dos utentes ou seus acompanhantes às farmácias de oficina para adquirir os fármacos (de sublinhar que muitas vezes a alta do hospital ocorre por volta das 20h00), evita também a compra



integral de embalagens de medicamentos (dos quais acabam apenas por tomar uma pequena parte e desperdiçam o restante) e uma redução dos gastos para os utentes (anulando desta forma uma eventual transferência de custos, quando comparada a cirurgia de ambulatório com a cirurgia com internamento) – vantagens evidentes do ponto de vista social para o utente e racionalização económica para o estado.

Em termos legais, propõe-se que o INFARMED regule o n.º 1 do artigo 1º do Decreto-Lei n.º 206/2000, de 1 de Setembro, de forma a normalizar de forma expressa a permissão da dispensa nos moldes propostos.

#### ANEXO IV – FOLHETOS INFORMATIVOS

No sentido de facilitar a compreensão de recomendações a seguir antes da cirurgia e após a alta hospitalar, os folhetos deverão ir de encontro àquelas que são as principais dúvidas e inquietações do utente da CA, a forma de as superar e onde recorrer caso necessário, fornecendo-lhe confiança e segurança no sistema.

Assim estes documentos deverão conter informação acerca de:

- **Patologia e intervenção cirúrgica:** descrição simples do que se trata, do que vai acontecer durante a cirurgia, como ficará no final e que complicações podem suceder;
- **Disponibilidade de visitar a UCA;**
- **Percurso a efectuar:** até à UCA e a partir desta, assim como todo o processo dentro da unidade (pode recorrer a esquema/fluxograma);
- **Informação pré-operatória:** acesso à unidade; hora de comparência; documento de identificação pessoal e cartão de saúde; acompanhante; vestuário indicado; jejum; medicação habitual; exames de MCDT que tenha em sua posse; etc;
- **Informação pós-operatória:** alimentação; medicação; repouso; higiene pessoal; penso; exercício físico; etc;
- **Informação de que, se algo não correr conforme esperado, poderá ficar internado na Instituição;**
- **Sinais e sintomas mais frequentes e como agir:** dor; náuseas e vómitos; hemorragia; etc;
- **Informação sobre a terapêutica** que lhe será fornecida para o domicílio;
- **Contacto telefónico:** de elemento da equipa da UCA; da instituição e do serviço de urgência de referência;
- **Informação de que será contactado nas primeiras 24h pelo enfermeiro da UCA;**
- **Informações sobre as consultas pós-operatórias;**
- **Informação sobre a realização do Inquérito de Satisfação.**



## ANEXO V

### MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

#### Atendimento telefónico

Nesta área das telecomunicações, o telefone é essencial, quase imprescindível, no nosso dia a dia. Permite-nos ganhar tempo, diminuir gastos e agilizar necessidades.

Na Cirurgia de Ambulatório, torna-se ainda mais importante porque todos os utentes irão ser contactados pelo telefone para marcar a cirurgia, relembrar os cuidados pré-operatórios ou para avaliar o seu grau de satisfação após a cirurgia.

#### Atendimento Presencial

Neste tipo de atendimento, a primeira impressão é crucial para estabelecer um bom relacionamento com o nosso cliente e é a que fica e que perdurará como cartão de visita da Instituição ou Serviço.

#### Comunicação

Comunicar eficazmente significa corresponder às expectativas do interlocutor e criar um elevado nível de satisfação com quem comunicamos.

Todo o utente deve ficar com a certeza que a sua necessidade foi escutada e compreendida e que os profissionais lhe podem oferecer uma solução.

Para que haja comunicação, basta apenas que o receptor entenda a mensagem do emissor.

#### Comportamentos e Atitudes

Os comportamentos são inconstantes e não são inatos. Variam de situação para situação e, para cada caso, podemos escolher um determinado comportamento que facilita ou dificulta a comunicação.

A forma como os clientes se comportam connosco é, geralmente, à reacção ao nosso próprio comportamento.

#### Queixas e Reclamações

Todo o erro deve ser corrigido, mas deve ser acompanhado de uma explicação e de um pedido de desculpas.

Os utentes, em situação fragilizada, não podem ser tratados pelos interlocutores, com superioridade. Poderia desencadear uma manifestação de agressividade ou insegurança, e destruir a relação mútua.



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A Cirurgia de Ambulatório, adiante designada por CA, afirma-se essencialmente como um meio de produção cirúrgica de excelência, reunindo um conjunto de características próprias que a distinguem da cirurgia em regime de internamento.

Nessa perspectiva, a CA deve ser desenvolvida tendo em conta duas premissas essenciais – o número de procedimentos a efectuar, e a aposta na mais alta qualidade em todas as vertentes.

Acredita-se que a garantia do sucesso deste compromisso estará dependente da capacidade e 'performance' dos profissionais envolvidos que, por sua vez, dependerão inteiramente, de processos de formação profissional devidamente ajustados ao propósito mencionado.

Desde cedo se alcança a indispensabilidade de uma reflexão atenta e profunda no que às questões decorrentes do impacto de possíveis métodos de formação respeita, e também no processo produtivo global de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA).

O pressuposto de uma relação qualidade/produktividade otimizada fica condicionado a uma exigência fulcral que se prende com a necessidade de uma organização funcional da unidade que, para além de cuidar adequadamente dos 'lay-outs', não descure os fluxos operacionais e, simultaneamente proteja todo o processo produtivo, dos factores passíveis de lhe introduzirem quaisquer perturbações.

A formação, se por um lado envolve o risco de poder constituir um desses factores de embaraço, pode, por outro lado, constituir um elemento estratégico fundamental para que a CA passe a ser desempenhada por profissionais tecnicamente bem preparados, assegurando o cumprimento da referida exigência de máxima qualidade técnica.

Impõe-se deste modo, que nesta área se estudem e se enquadrem devidamente todos os pressupostos, por forma a que, aproveitando a estrutura disponível se incremente a formação e diferenciação de profissionais nesta área, que se tornarão num futuro próximo, uma mais valia indispensável para um serviço cirúrgico às populações, aproveitando o seu potencial e maximizando a sua qualidade.

Neste contexto, esta indispensável área – formação em CA – não se esgota no sector dos profissionais que directamente nela intervêm.

De facto, recordando que a lista de espera para cirurgia é constituída maioritariamente por patologias do foro da CA, importa considerar que esta, por definição e pela experiência cimentada em países mais desenvolvidos, virá a abarcar entre 70% a 80% de todas as cirurgias electivas, configurando um envolvimento bastante numeroso de utentes e profissionais de saúde, aos mais diversos níveis.

Assim sendo, será indispensável que quer os médicos de família quer os de outras especialidades, e bem assim os enfermeiros dos centros de saúde, possuam um conhecimento adequado do conceito, porquanto irão certamente intervir no processo quer a montante quer a jusante do episódio de tratamento de um doente em CA.

Importa pois reflectir e encontrar métodos e programas que permitam, como já foi referido e sem prejuízo da alta produtividade e qualidade características da CA, formar adequadamente não só os especialistas que vão trabalhar nas respectivas unidades, mas também todos os profissionais que possam vir a ter alguma influência e desempenho no sistema.

São dois, os grandes grupos interessados e interventores em diferentes graus de especificidades e exigências: 1. O Pré graduado; 2. O Pós graduado.



## 1. O Pré graduado

- 1.1. Estudantes de Medicina,
- 1.2. Estudantes de Enfermagem
- 1.3. Estudantes de Administração/Gestão Hospitalar

## 2. O Pós-graduado

- 2.1. Médicos: Cirurgiões das diferentes especialidades que operam em CA, Anestesiastas, Médicos de Medicina Geral e Familiar.
- 2.2. Enfermeiros: que trabalham nas UCA's, nas consultas, nas salas de pensos pós-operatórios, nos centros de saúde.
- 2.3. Administradores/Gestores Hospitalares: Presidentes e Vogais de Conselhos de Administração; Administradores de UCA.

Tecer-se-ão seguidamente, respeitando a estrutura referida, algumas considerações e princípios gerais orientadores, para a criação de um Programa Nacional de Formação em CA.

## PROGRAMAS, OBJECTIVOS E RESPECTIVAS METODOLOGIAS

### 1. FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA:

Num inquérito efectuado pela CNADCA junto das Faculdades/Escolas de Medicina, de Enfermagem e da Administração Hospitalar (ver anexo 1), constatou-se que apenas duas Faculdades de Medicina referiam ter abordado a temática da Cirurgia de Ambulatório em módulo específico. As restantes informavam que a abordagem deste tema é feito de forma muito superficial ou é simplesmente inexistente.

No ensino da Enfermagem o panorama é ainda mais preocupante pois não se registou, numa única Escola, das quatro Escolas que responderam ao inquérito, a existência de qualquer abordagem à CA em módulo específico.

Justifica-se, portanto, a elaboração de um programa de formação global e planeado, que venha a ser comum a todas as escolas.

**Objectivos:** O contacto por parte dos Estudantes com a CA, origina um permanente envolvimento no trabalho aí desenvolvido, convertendo-os em veículos transmissores junto da futura área da sua influência, concorrendo deste modo, para uma maior e eficaz divulgação e compreensão de todo o processo.

Apreendendo o conceito e familiarizando-se com ele, os estudantes poderão posteriormente na sua prática profissional, mesmo não vindo a especializar-se nesta área cirúrgica, conhecer e transmitir aos que os rodeiam todo o conhecimento que possuem sobre a CA e as suas especificidades.

O Estudante de Medicina, de Enfermagem, ou de Administração/Gestão Hospitalar deparará com uma vertente diferente e inovadora no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, e até mesmo da profissão médica.



Na UCA descobrirá que na Cirurgia de Ambulatório:

- É possível tratar mais doentes com mais qualidade mas simultaneamente com menor custo económico, quando comparada com o mesmo tipo de intervenção efectuada em regime de internamento.
- Existe a oportunidade de proceder a um número superior de operações que têm em comum um doente que chega à UCA, é submetido a uma intervenção cirúrgica e volta a casa para convalescer, no mesmo dia, com toda a segurança e bem-estar, traduzindo-se essa possibilidade num significativo aumento de conforto e qualidade de vida quer para os doentes quer para os seus familiares.
- Ao regressar mais rapidamente ao seu ambiente familiar e sócio profissional, o doente regressa também mais cedo ao seu trabalho, permitindo uma diminuição da taxa de abstencionismo, acarretando consequentemente, repercussões positivas para a economia nacional.
- É crescente o número e tipo de cirurgias que actualmente são consideradas apropriadas para este ambiente cirúrgico, destacando-se a título de exemplo, a laparoscopia, a biopsia mamária, a cirurgia de cataratas, a correcção de hérnia inguinal, a cirurgia de varizes dos membros inferiores, a cirurgia da tiróide, etc.
- O doente é o centro de todo o processo, privilegiando-se o circuito e a logística, por forma a garantir uma intervenção mais eficaz e eficiente numa estrutura autónoma, onde se salienta uma maior humanização na prestação dos cuidados de saúde e uma atenção mais personalizada sobre doentes e familiares.

**Método:** Nos diferentes cursos referidos, deverá existir pelo menos um módulo teórico e prático especificamente dedicado à CA.

A componente prática poderá consistir numa permanência na UCA, em regime de observação tutelada e por um determinado período de tempo, a definir em função do curso e dos objectivos fixados.

### 1.1. Curso de Medicina

O contacto com a realidade, o enquadramento e acompanhamento passo a passo com a Cirurgia de Ambulatório, passa pela inclusão preferencialmente no último ano – período em que já se encontram devidamente sedimentados os conhecimentos no âmbito da semiologia, patologia e clínica cirúrgicas –, de um módulo de formação em Cirurgia de Ambulatório, nas suas componentes Teórica e Prática.

Componente teórica: Preferencialmente aulas teóricas em número e segundo programa a definir.

Componente prática: Estágio em Unidade de Cirurgia de Ambulatório, em regime de observação tutelada, podendo excepcionalmente participar activamente em outros sectores a definir.

**Objectivos:** No final do estágio, os estudantes deverão demonstrar conhecer os seguintes aspectos da actividade de Cirurgia de Ambulatório e suas particularidades:

- O Conceito de Cirurgia de Ambulatório;
- Os critérios de Admissibilidade à Cirurgia de Ambulatório;
- As Especialidades envolvidas;
- As Patologias passíveis de tratamento no ambiente de Cirurgia de Ambulatório;



- O circuito do doente desde o diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento pós-operatório:
  - Consulta de Medicina Geral e Familiar
  - Consulta de Cirurgia de Ambulatório, pré e pós-operatório
  - Consulta de Anestesia de Ambulatório
  - Entrevista de Enfermagem e Cuidados de Penso pós-operatório
- O Acto Operatório em Ambulatório
- O Recobro 1- Imediato na UCPA do Bloco Operatório.
- O Recobro 2 – Tardio no leito,
- O Recobro 3 – Tardio e pré Alta clínica no Cadeirão da Enfermaria de Ambulatório
- A Alta clínica e seus critérios

## 1.2. Curso de Enfermagem

Na área da CA o papel do enfermeiro revela-se fundamental.

A relação de proximidade que estabelece com o doente, desde a entrevista inicial pré operatória de preparação, em que é fornecida toda a informação necessária, até ao dispensar dos cuidados quer no pré, no per e até ao pós-operatório, o enfermeiro representa o elo de ligação entre o doente e a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, desde a fase da admissão até à pós-alta.

Para o Estudante de Enfermagem, o contacto com a CA constitui a primeira abordagem de uma área na qual em algum momento da sua vida profissional irá trabalhar. Por essa razão, e enquanto Enfermeiros conhecedores da CA e das suas vantagens, podem contribuir para uma maior divulgação e aceitação da Cirurgia de Ambulatório.

Considera-se por isso determinante, a existência, no Curso de Enfermagem, de um módulo específico dedicado à formação em Cirurgia de Ambulatório, nas suas componentes Teórica e Prática.

Componente teórica: aula(s) teórica(s) em número e segundo programa a definir.

Componente prática: Estágio em Centro de Cirurgia de Ambulatório, em regime de observação tutelada, promovendo a participação activa do Estudante em determinados sectores a definir.

**Objectivos:** No final do estágio os estudantes deverão ser capazes de demonstrar conhecer os seguintes aspectos da actividade de Cirurgia de Ambulatório e suas particularidades:

- O conceito de Cirurgia de Ambulatório;
- O percurso do doente desde o diagnóstico, até ao tratamento e ao acompanhamento pós-operatório;
- A Entrevista de Enfermagem (informação a proporcionar e 'check-lists' a verificar);
- O acolhimento do doente e respectiva ambientação na UCA e bem assim no bloco operatório;
- A verificação de 'check-list' pré-operatória;
- Os cuidados de Enfermagem de Bloco Operatório nas vertentes: Enf. Instrumentista, Enf. Circulante,



Enf. de Anestesia e Enf. de Recobro;

- Os cuidados de Enfermagem no âmbito do penso cirúrgico;
- A Enfermagem de Recobro 1- Imediato no Bloco Operatório;
- A Enfermagem de Recobro 2 – Tardio no leito;
- A Enfermagem Recobro 3 – Tardio e Pré-alta Clínica no Cadeirão da Enfermaria de Ambulatório;
- A verificação de ‘check-list’ de critérios e preparação da alta clínica;
- O ensino e instrução do utente e acompanhante;
- Os contactos pós-operatórios: telefonema no dia seguinte para verificação da evolução clínica, triagem de eventuais complicações e avaliação da satisfação;
- Os cuidados de Enfermagem no âmbito do penso cirúrgico pós-operatório: na UCA e no Centro de Saúde.

### 1.3. Cursos de Administração/Gestão hospitalar

O enquadramento conceptual e o contacto com a realidade da Cirurgia de Ambulatório revela-se de toda a importância na formação dos estudantes de administração e gestão hospitalar, enquanto agentes que poderão vir a ter um papel decisivo na promoção e na gestão eficiente destas Unidades.

No que à ‘promoção’ diz respeito, por poderem estimular o aumento da produtividade cirúrgica, a diminuição das listas de espera, a prestação de cuidados de saúde mais custo-efectivos, e a disponibilização dos recursos produtivos do país no mais curto prazo.

Na gestão eficiente destas Unidades, tendo em conta as especificidades próprias que possuem, será necessário criar um fluxo de prestação de cuidados, que se prevê muito importante na rentabilização das mesmas, tornando-se imprescindível sensibilizar os intervenientes para a importância da concentração do tempo dos profissionais, nas funções que criam valia, evitando tarefas desnecessárias, consumidoras de recursos e não geradoras de valor.

Componente teórica: Preferencialmente um módulo teórico com carga horária e segundo programa a definir.

Componente prática: Um estágio no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (ENSP), junto da Direcção de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório em regime de observação tutelada, estando prevista a participação activa em sectores a definir.

**Objectivos:** No final do Curso de Especialização em Administração Hospitalar os estudantes deverão poder atestar que dominam os aspectos, relacionados com a Cirurgia de Ambulatório e suas particularidades:

- O Conceito de Cirurgia de Ambulatório;
- A abordagem comparada da Cirurgia de Ambulatório no contexto internacional;
- Os critérios de admissibilidade na Cirurgia de Ambulatório;
- As Especialidades envolvidas;
- As Patologias passíveis de tratamento no ambiente de Cirurgia de Ambulatório;



- O Circuito do doente: desde o diagnóstico ao tratamento e ao seguimento pós-operatório;
- O financiamento da Cirurgia de Ambulatório;
- A viabilidade económica de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório, num contexto de competitividade no mercado da saúde;
- A identificação dos principais indicadores na gestão de uma Unidade e a sua abordagem no contexto dos sistemas de informação;
- Compreensão da importância apriorística na definição e planeamento do 'layout' de uma Unidade, de modo a potenciar uma unidade eficiente, (uma abordagem 'lean' centrada no circuito do doente e dos profissionais).

## 2. FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA:

### 2.1. Médicos

#### 2.1.1. Anestésistas e Cirurgiões das especialidades utilizadoras da Cirurgia de Ambulatório

A excelência e qualidade técnica impostas à produção de uma Unidade de CA, obrigam a um cuidado extremo no que toca à exigência das capacidades de desempenho dos clínicos que nela exercerem a sua actividade.

A execução da CA deve estar reservada a anestésistas e cirurgiões, com completo e comprovado domínio das inerentes técnicas anestésicas e cirúrgicas.

Não é correcto, utilizar as UCA's para treino de técnicas cirúrgicas ou anestésicas por parte de médicos com pouca experiência profissional.

Entende-se assim, neste capítulo, que a formação em CA envolve a aquisição de conhecimento e prática no campo da contingência funcional e organizacional, apenas depois de devidamente superada a aprendizagem da execução dos actos cirúrgicos e anestésicos.

Desejavelmente deverá existir um plano curricular, inserido no programa dos internatos de especialidade, – a definir pela Ordem dos Médicos – Colégios das Especialidades – que confira aos profissionais a competência formal para o exercício da cirurgia em regime de ambulatório.

**Objectivos:** A chave da actividade médica em Cirurgia de Ambulatório, é atingir um nível de formação de tal modo eficaz, que proporcione simultaneamente, alta qualidade de cuidados ao doente e benefício de custos.

Para perseguir estes dois objectivos o planeamento do ensino e treino serão as estratégias a implementar.

Os Médicos Cirurgiões e Anestésistas deverão ter completo domínio dos seguintes aspectos da actividade de Cirurgia de Ambulatório e suas particularidades:

- O Conceito de Cirurgia de Ambulatório;
- As Especialidades envolvidas;
- As Patologias passíveis de tratamento no ambiente de Cirurgia de Ambulatório;



- Os Critérios de admissibilidade na Cirurgia de Ambulatório;
- As 'Check-lists' da selecção, admissão, alta e internamentos;
- Os aspectos específicos da rigorosa selecção de doentes e indicação operatória em função do diagnóstico e avaliação do risco cirúrgico;
- O estudo e avaliação pré operatória conjugada com a indicação para consulta de Anestesia;
- A previsão das possíveis complicações e sua prevenção;
- A metodologia e protocolos para previsão, controle e resolução de eventuais complicações pós-operatórias cirúrgicas e/ou anestésicas;
- Os protocolos e mecanismos para reintervenções e internamentos eventualmente necessários;
- A organização estrutural e funcional da UCA;
- O Planeamento e tessitura da actividade;
- O Circuito do doente desde o diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento pós-operatório:
  - Consulta de Medicina Geral e Familiar
  - Consulta de Cirurgia de Ambulatório, pré e pós-operatório
  - Consulta de Anestesia de Ambulatório
  - Entrevista de Enfermagem e Cuidados de Penso pós-operatório
- O Recobro 1- Imediato no Bloco Operatório,
- O Recobro 2 – Tardio no leito,
- O Recobro 3 – Tardio e Pré-alta Clínica no Cadeirão da Enfermaria de Ambulatório
- A alta clínica e seus critérios

**Método:** Defende-se uma formação pós-graduada, durante o internato complementar: Anestesistas e Cirurgiões das diferentes especialidades utilizadoras.

Antes de superada a aprendizagem das técnicas anestésicas e cirúrgicas: uma participação tutelada por especialista, na estrita qualidade de assistente, sendo-lhe vedada a execução técnica autónoma.

Depois de superada a aprendizagem das técnicas anestésicas e cirúrgicas: sem ter ainda o título de especialista poderá executar as técnicas autonomamente, mediante prévia autorização responsabilizada e expressa pelo Director/Responsável da respectiva especialidade.

Médicos com o grau de especialista:

- Frequência de cursos, seminários, reuniões, dedicados ao tema e promovidos por organizações reconhecidamente idóneas;
- Acesso a documentação e publicações válidas no sector da CA;
- Estágios ou visitas a unidades com reconhecida idoneidade formativa.



### 2.1.2. Médicos de Medicina Geral e Familiar

O Médico de Medicina Geral e Familiar desempenha, na Cirurgia de Ambulatório, um papel de primordial importância sendo ele que mais frequentemente referencia o doente para o cirurgião ou UCA, e sendo também a ele que o doente regressa após o acto cirúrgico, durante a convalescença e 'follow up'.

Assim, o Médico de Medicina Geral e Familiar distingue-se relativamente aos outros médicos envolvidos, em dois pontos de actuação – no local e no momento do desempenho.

- no momento: o pré e o pós operatório ( não o per operatório);
- no local: o centro de saúde (não o centro de cirurgia de ambulatório).

A formação, a este nível é actualmente ainda deficitária mas o seu planeamento e implementação podem trazer significativos benefícios para o desenvolvimento da CA.

De facto considera-se essencial a existência de uma valência de Cirurgia de Ambulatório no Plano Curricular de Formação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar.

**Objectivos:** Os Médicos de Medicina Geral e Familiar deverão, deste modo, ter um completo domínio dos diversos aspectos da actividade de Cirurgia de Ambulatório e suas particularidades:

- O Conceito de Cirurgia de Ambulatório;
- As Especialidades envolvidas e patologias passíveis de tratamento no ambiente de Cirurgia de Ambulatório;
- Os Critérios de admissibilidade na Cirurgia de Ambulatório;
- Como referenciar um doente para Cirurgia de Ambulatório;
- O circuito do doente desde a fase de diagnóstico até ao tratamento, e ao seguimento pós-operatório:
  - A consulta de Clínica Geral (Médico de Família);
  - A consulta de Cirurgia de Ambulatório, pré e pós-operatório;
  - A consulta de Anestesia de Ambulatório;
  - A entrevista de Enfermagem e Cuidados de Penso pós-operatório;
- O Penso Cirúrgico;
- O Recobro 1 – Imediato no Bloco Operatório;
- O Recobro 2 – Tardio no leito;
- O Recobro 3 – Tardio e a pré-alta Clínica no Cadeirão da Enfermaria de Ambulatório;
- A alta clínica e seus critérios;
- O seguimento clínico e de enfermagem em ambulatório após a alta clínica, no Centro de Saúde.



**Método:** Deverão ser prosseguidas acções de divulgação/promoção/formação nos Centros de Saúde e Congressos de Medicina Geral e Familiar;

Publicações nas revistas e jornais da especialidade de Medicina Geral e Familiar;

Promoção de visitas e/ou estágios nas UCA's;

Deverão ser endereçados convites a Médicos de Medicina Geral e Familiar tidos como líderes de opinião, para participar e intervir em seminários e congressos da CA;

Deverá ser incluído no plano curricular do Internato de Medicina Geral e Familiar, uma valência relativa à CA que contemple um estágio em UCA.

## 2.2. Enfermeiros

A Enfermagem de Cirurgia de Ambulatório é uma actividade que engloba uma equipa multidisciplinar, com elevado grau de responsabilidade, que inclui o enfermeiro dos centros de saúde, o enfermeiro de bloco operatório, o enfermeiro de recobro e o enfermeiro da consulta externa.

### 2.2.1. Enfermeiros das Unidades de Cirurgia de Ambulatório

As particularidades inerentes a este ambiente cirúrgico, destacam-se pelo facto de o doente ao ser admitido na Unidade de CA, ser operado e ter alta clínica no mesmo dia, o que confere à actividade de Enfermagem na Cirurgia de Ambulatório, aspectos muito específicos que condicionam, por isso, uma necessidade de exclusividade e dedicação profissional.

Será recomendável por isso, que a equipa de Enfermagem de uma UCA lhe esteja dedicada a tempo inteiro, porquanto o sucesso, face à complexidade subjacente à organização e funcionamento de uma UCA, depende fundamentalmente de uma equipa de enfermagem devidamente capacitada e sobretudo muito habituada aos procedimentos diários, para que saiba cumprir com rigor e competência a assistência aos doentes.

Pelo que precede se pode inferir que será forçoso criar, a médio prazo, uma especialização de enfermagem em CA.

**Objectivos:** No final da especialização, o Enfermeiro deverá ser capaz de dominar em teoria e na prática:

- O conceito de Cirurgia de Ambulatório;
- O percurso do doente, desde o diagnóstico ao tratamento e ao acompanhamento pós-operatório;
- O apoio às diferentes consultas do foro da CA;
- A entrevista de Enfermagem (informação a proporcionar e as 'check-lists' a verificar);
- O acolhimento do doente e ambientação à UCA e ao Bloco Operatório;
- A verificação da 'check-list' pré-operatória;
- A Enfermagem de Bloco Operatório nas vertentes: Enf. Instrumentista, Enf. Circulante, Enf. de Anestesia e Enf. de Recobro;
- Os Cuidados de Enfermagem no âmbito do penso cirúrgico;
- A Enfermagem de Recobro 1- Imediato no Bloco Operatório;



- A Enfermagem de Recobro 2 – Tardio no leito;
- A Enfermagem de Recobro 3 – Tardia e pré-alta Clínica no Cadeirão da Enfermaria de Ambulatório;
- A verificação da 'check-list' de critérios e preparação da alta clínica;
- O ensino e instrução do utente e acompanhante;
- Os contactos pós-operatórios: telefonema no dia seguinte para verificação da evolução clínica, triagem de eventuais complicações e avaliação da satisfação;
- Os cuidados de Enfermagem no âmbito do penso pós-operatório: na UCA e no Centro de Saúde.

**Método:** O objectivo a alcançar será o nível 'superior de especialização'.

A aquisição e aperfeiçoamento de competências, podem ser obtidos com a frequência de seminários e 'workshops' específicos para enfermeiros em exercício nas UCA's, e em estágios profissionais em UCA's declaradas idóneas para profissionais de enfermagem em 'estágio', com vista a um futuro desempenho em ambiente de Cirurgia de Ambulatório.

A formação pós-graduada para enfermeiros que trabalhem nesta área, deverá incluir programas na área da formação contínua (a considerar: duração; locais de excelência; módulos; certificação).

### 2.2.2. Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários

Um Enfermeiro de Família actua essencialmente no pós-operatório do doente submetido a cirurgia de ambulatório, efectuando os pensos pós operatórios.

De facto, a actividade do Enfermeiro do Centro de Saúde destaca-se ainda pela colaboração que presta ao Médico Assistente, fazendo a vigilância da convalescença do doente operado em regime ambulatório.

Importa ainda realçar, que o reconhecimento dos benefícios diários que a Cirurgia de Ambulatório acarreta para o doente, faz do Enfermeiro de Família um meio importante de divulgação da Cirurgia de Ambulatório.

**Objectivos:** O Enfermeiro deverá dominar na teoria e na prática:

- O Conceito de Cirurgia de Ambulatório;
- O Penso cirúrgico;
- Os contactos pós-operatórios: telefonema no dia seguinte para verificação da evolução clínica, triagem de eventuais complicações e avaliação da satisfação;
- Os cuidados de Penso pós-operatório: na Unidade de CA e no Centro de Saúde.

**Método:** Através de acções de divulgação e formação dirigidas a Enfermeiros nos Centros de Saúde  
Com a promoção de visitas e estágios profissionais a UCA's.

### 2.3. Administradores/Gestores Hospitalares

Processo semelhante ao referido em 1.3.



## CONCLUSÃO

Por tudo o que antecede se conclui, que as Unidades de Cirurgia de Ambulatório adquirem um carácter diferente conforme sejam ou não independentes, quando associados ou não a um hospital, ou quando integrados no departamento de cirurgia de um hospital.

São diferentes se integrados ou não num hospital Universitário.

São também diferentes quanto à sua dimensão, capacidade cirúrgica e recursos.

E são ainda diferentes quanto à sua capacidade de formação.

No entanto, não existindo actualmente qualquer regulamentação ou forma de as UCA's serem legalmente classificadas, existe o risco de que todas sejam consideradas iguais, mesmo aquelas que não cumpram as mais básicas e elementares regras da Cirurgia de Ambulatório.

Apesar de o tema da formação ser o assunto em destaque neste estudo, é fundamental e imprescindível para o sucesso, desenvolvimento e implementação do projecto da CA, que rapidamente se institua uma forma de estratificar ou nivelar as diferentes UCA's.

Em termos de capacidade formativa não é despiciente o facto de determinada UCA não cumprir integralmente as regras da CA, não ter uma equipa de enfermagem a tempo inteiro, ou mesmo não ter um currículo satisfatório de intervenções em número, em diversidade e em grau de complexidade.

Faz por isso sentido, que se encontre a curto prazo, uma forma de classificar formalmente as UCA's, permitindo identificar o tipo de formação que podem proporcionar, e para que grupos profissionais possam estar vocacionadas.

A Unidade de CA com capacidade formativa 'de nível máximo', isto é, com potencial para formação de todos os grupos profissionais expostos em 1. e 2. deverá conter, pelo menos, os seguintes requisitos:

Nível 1 (máximo):

- Cumprimento integral e inequívoco das regras da Cirurgia de Ambulatório, incluindo 'layouts' de arquitectura;
- Protocolos no âmbito da avaliação pré operatória, da actividade operatória, do acompanhamento e 'follow-up' pós-operatório;
- Organização e Direcção próprias;
- Instalações próprias e fisicamente independentes de quaisquer outras Unidades;
- Equipa de Enfermagem a tempo inteiro;
- Anestesiistas e Cirurgiões 'séniores' com grau de especialista ou superior, com comprovada experiência em CA;
- Anestésias e intervenções cirúrgicas em número, diversidade e grau de complexidade suficientemente significativos.

Convém também referir, que no âmbito da Formação, devem ser fomentadas acções de divulgação e formação que contem com o apoio e envolvimento das Associações de Utentes/ doentes e/ou com outras instituições suas representantes.



## 11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### ANEXOS

#### ANEXO I – INQUÉRITO NACIONAL – FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Resultados do Inquérito efectuado junto de todas as instituições de ensino de Medicina, Enfermagem e Administração Hospitalar.

Notificadas	44	100%
Total de Respostas	37	84%
Respostas via ofício	27	61%
Respostas via contacto telefónico	10	23%
Total em falta	7	16%

Respostas obtidas		
Abordam a CA como módulo específico	2	5%
Abordam a CA integrada em outros módulos	27	73%
Não abordam a CA	8	22 %

#### NOTIFICADAS

#### RESPOSTAS

Inst. de Ciências Bioméd. Abel Salazar	Abordam a CA como módulo específico
Fac. de Medicina da Univ. do Porto	Abordam a CA como módulo específico
Fac. de Medicina da Univ. de Lisboa	Resposta em falta
Fac. de Medicina da Univ. de Coimbra	Abordam a CA integrada em outros módulos
Fac. de Medicina Dent. da Univ. do Porto	Abordam a CA integrada em outros módulos
Fac. de Medicina Dent. da Univ. de Lisboa	Não fazem qualquer abordagem à CA
Fac. de Economia da Univ. do Porto	Resposta em falta
Fac. de Ciências da Saúde da Univ. Fernando Pessoa	Abordam a CA integrada em outros módulos
Fac. de Ciências da Saúde da Univ. da Beira Interior	Abordam a CA integrada em outros módulos
Fac. de Ciências Médicas da Univ. Nova de Lisboa	Não fazem qualquer abordagem à CA
Esc. Sup. de Enferm. de Vila Real	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Enferm. de Viseu	Abordagem muito superficial da CA
Esc. Sup. de Enferm. de Viana do Castelo	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. de Enferm. da Univ. do Minho	Não fazem qualquer abordagem à CA
Esc. Sup. de Enferm. S. João de Deus	Abordam a CA integrada em outros módulos
Inst. de Ciências da Saúde da Univ. Católica Portuguesa	Não fazem qualquer abordagem à CA
Esc. Sup. de Enferm. de S. Francisco das Misericórdias	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Saúde da Univ. de Aveiro	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Enferm. do Santa Maria	Abordam a CA integrada em outros módulos



NOTIFICADAS	RESPOSTAS
Esc. Sup. de Enferm. São João*	Respondeu a Esc. Sup. de Enferm. do Porto
Esc. Sup. de Enferm. de São José Cluny	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Saúde de Setúbal	Abordam CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Enferm. de Santarém	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Saúde Ribeiro Sanches	Resposta em falta
Esc. Sup. de Enferm. do Porto*	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Saúde de Portalegre	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Enferm. de Ponta Delgada	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Enferm. de Lisboa	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Enferm. Jean Piaget	Não fazem qualquer abordagem à CA
Esc. Sup. de Saúde Dr. Lopes Dias	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Saúde da Guarda	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Saúde de Faro	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa	Resposta em falta
Esc. Sup. de Enferm. da Cidade do Porto*	Respondeu a Esc. Sup. de Enferm. do Porto
Esc. Sup. de Enferm. de Coimbra	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Enferm. de Bragança	Não fazem qualquer abordagem à CA
Esc. Sup. de Enferm. de Beja	Abordam a CA integrada em outros módulos
Inst. Sup. de Saúde do Alto Ave	Abordam a CA integrada em outros módulos
Esc. Sup. de Enferm. de Angra do Heroísmo	Não fazem qualquer abordagem à CA
Esc. Nacional de Saúde Pública da Univ. Nova de Lisboa	Resposta em falta
Esc. de Ciências da Saúde da Univ. do Minho	Resposta em falta
Centro Regional das Beiras da Univ. Católica Portuguesa	Não fazem qualquer abordagem à CA
Coop. de Ensino Superior Politécnico e Universitário	Resposta em falta
Inst. Sup. de Ciências de Saúde Egas Moniz	Abordam a CA integrada em outros módulos



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 12.1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, também designado 'Sim-Cidadão', é uma base de dados nacional, instalada num servidor central, onde são concentradas todas as exposições recebidas pelos Gabinetes do Cidadão (Gabinetes do Utente) das diferentes Instituições da rede do SNS (Hospitais e Centros de Saúde).

Estes registos incluem a identificação do exponente e a classificação das exposições e permitem efectuar consultas 'on line' sobre os vários aspectos, nomeadamente quanto ao tipo (Reclamação, Sugestão ou Elogio), aos Serviços e Grupos profissionais visados e às grandes áreas de Problemas e respectivas Causas, na óptica do utente.

O registo é feito em tempo real, o que permite aos dirigentes, e no futuro aos próprios exponentes, acompanhar o tratamento das exposições. O preenchimento realizado desta forma possibilita também calcular o tempo de resposta efectivo a cada exposição e a mediana, em dias, do tempo de resposta de cada Instituição.

A mediana do tempo de resposta institucional é um dos indicadores pedidos pelos Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde, para apreciação nos respectivos contratos-programa.

O 'Sim-Cidadão', depois de alguns anos de preparação e lançamento, está em produção efectiva desde Fevereiro de 2007, embora sujeito a aperfeiçoamentos decorrentes dos resultados da análise e monitorização permanentes dos Observatórios Regionais.

Para os responsáveis do SNS, a análise dos dados reveste-se da maior importância, não só como um meio de avaliação contínuo da apreciação do utente em relação ao serviço prestado, como também permitem identificar áreas susceptíveis de intervenção no sentido de uma melhoria que torne o sistema cada vez mais compatível com a satisfação ideal das necessidades e interesses concretos da população.

### 12.2. DADOS DO 'SIM-CIDADÃO'

Com o objectivo de comparar o número de reclamações, sugestões e/ou elogios versus o número total de intervenções, realizadas em regime de cirurgia de ambulatório ou de cirurgia convencional sob internamento, foi solicitada informação à Coordenação central do 'Sim-Cidadão'.

No entanto, a ausência específica da codificação destes dados nos vários hospitais não permitiu fornecer a informação pretendida.

A lista básica de Serviços dos Hospitais não inclui a Cirurgia de Ambulatório. Esta só é acrescentada à lista geral quando o GC/GU (Gabinete Cidadão / Gabinete Utente) o solicita. Habitualmente, o acrescentar de um novo Serviço à lista numa instituição só ocorre quando surge uma exposição que o vise.

Tendo em vista um registo mais adequado à realidade, deve ser disponibilizada à Coordenação do 'Sim-Cidadão' a lista dos hospitais que dispõem de Unidades de cirurgia de ambulatório (UCA), para serem codificados. De seguida deve ser efectuada uma chamada de atenção aos GC/GU desses hospitais, com conhecimento aos respectivos dirigentes, para que desta forma possam iniciar o registo específico das reclamações desse sector.



O Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, que se encontra no domínio da ACSS, será integrado na Agência da Qualidade em Saúde (AQS) da Direcção-Geral da Saúde (DGS), a quem a CNADCA solicita desde já o empenho na resolução desta questão.

Só assim, será possível monitorizar o registo das exposições dos utentes, relativas à cirurgia de ambulatório, analisar as questões colocadas e efectuar comparações entre instituições ao longo do tempo.

### 12.3. MEDIDAS PRECONIZADAS

Incluir a Cirurgia de Ambulatório, na lista dos Serviços no Sistema 'SIM-CIDADÃO' das Instituições Hospitalares com UCA.

**Responsável:** Coordenação do 'Sim-Cidadão' (ACSS ou AQS/DGS).

**Prazo para execução:** 30 dias.







COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



### 13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO



Foto 1 > Maternidade Alfredo da Costa



Foto 2 > Hospital de Braga



Foto 3 > Unidade Hospitalar de Mirandela (CHN)

Desde o início de funções que a CNADCA decidiu realizar visitas às unidades hospitalares do país e discutir localmente as questões ligadas com a Cirurgia de Ambulatório, como forma de acção relevante para o diagnóstico e promoção deste tipo de cirurgia.

Era nossa convicção que a realidade que iríamos encontrar seria bastante diferente em Lisboa ou em Bragança, no Porto ou em Beja: os problemas, a cultura, a formação, as acessibilidades; e que só visitando as instituições e falando com as pessoas actuautes no terreno, poderíamos conhecer e tomar consciência da diversidade de factores que têm repercussões muito significativas e que condicionam fortemente o desenvolvimento da CA em Portugal.

O facto de sair do gabinete e visitar as instalações, entender as questões dos conselhos de administração e as dúvidas dos profissionais, poderia tornar as medidas a propor pela CNADCA mais exequíveis e adaptadas aos diferentes contextos, conseguindo, desta forma, realizar não um documento meramente académico, extremamente correcto mas incapaz de alterar o panorama nacional da Cirurgia de Ambulatório, mas sim um manual que contribuísse, de uma forma muito pragmática, para efectuar a mudança necessária e que se impõe nesta área.

Desta forma, as visitas tiveram vários objectivos:

1. Conhecer as Instituições (as pessoas e as unidades);
2. Avaliar as estratégias dos conselhos de administração, comprometendo-os interna (nas reuniões com os profissionais) e externamente (junto dos órgãos de comunicação social e da CNADCA) nas decisões;
3. Identificar os problemas mais importantes para os profissionais em cada instituição e em cada localidade;
4. Inteirar da forma e das condições da realização da Cirurgia de Ambulatório (algo impossível a partir unicamente dos inquéritos);
5. Aprender com os casos de sucesso, as boas práticas e as soluções que foram implementadas, de forma a poder divulgá-los ('benchmarking');
6. Promover a discussão nas Instituições, criando uma dinâmica própria inerente às mesmas;
7. Motivar os profissionais para esta prática, estimulando o seu reconhecimento profissional e retirando os estigmas deste tipo de actos;
8. Divulgar na comunidade as vantagens e a prática da Cirurgia de Ambulatório no respectivo hospital de referência, utilizando os meios de comunicação social.





Foto 4 &gt; Unidade Hospitalar de Santo António



Foto 5 &gt; Instituto Gama Pinto



Foto 6 &gt; Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Em cerca de 3 meses, a CNADCA visitou cerca de dois terços das Instituições nacionais que efectuem cirurgia, nomeadamente: grandes e pequenos hospitais; hospitais com um número de camas inferior a 100 e instituições com mais de 1.000 camas; hospitais com 2 cirurgiões e hospitais com mais de 200 cirurgiões; hospitais centrais, hospitais distritais e hospitais concelhios; hospitais gerais e hospitais especializados; hospitais com ensino pré e pós-graduado e hospitais sem formação; hospitais SPA, hospitais EPE e futuros hospitais PPP; hospitais inseridos em meios urbanos e hospitais inseridos em meios rurais; hospitais do litoral e hospitais do interior do país...

Observamos, com satisfação, que foram atingidos com êxito os objectivos propostos:

- Foi extraordinária a recepção por parte dos conselhos de administração dos hospitais (de sublinhar que, na generalidade dos casos, estiveram presentes nas reuniões todos os membros dos conselhos de administração das unidades visitadas);
- Foi possível dialogar de forma informal com os profissionais e conhecer o modelo de CA utilizado na Instituição, as dificuldades sentidas e as propostas de resolução que deveriam ser reflectidas pela CNADCA;
- Na generalidade, as estruturas do hospital tiveram reuniões antes (por vezes, preparando exposições interessantes) e depois da visita da CNADCA, abrindo um espaço de diálogo dentro da Instituição e obrigando, de alguma forma, a definir a estratégia do hospital para esta área;
- Em alguns casos, tivemos oportunidade de observar, pela primeira vez em público, os planos de novas unidades e dar sugestões para a sua melhoria;
- A forma como foi delineada a abordagem à comunicação social permitiu uma ampla divulgação das visitas e conseguiu comprometer publicamente os dirigentes com os projectos e prazos para a CA; divulgar junto dos utentes em geral as vantagens desta prática e a possibilidade de as efectuar no respectivo hospital de referência (a CNADCA tentou sempre fazer passar uma mensagem positiva e construtiva, valorizando o esforço e o futuro, em vez de criticar os problemas e o passado);
- A Cirurgia de Ambulatório ganhou uma nova dimensão e foi colocada como um dos tópicos da agenda das instituições;
- A realidade do país tornou-se conhecida, o que permitiu validar as medidas que poderiam, se tomadas, serem mais efectivas na mudança.

A CNADCA registou ainda o sentimento de que, tão ou mais importante do que as decisões que venham a ser tomadas decorrentes da actuação e das propostas da Comissão, estas sessões de 'brainstor-





Foto 7 &gt; Contacto com os meios de comunicação social



Foto 8 &gt; Contacto com os meios de comunicação social



Foto 9 &gt; Contacto com os meios de comunicação social

ming' contribuíram, efectivamente, para mudar a forma como os profissionais e os gestores encaram a CA a nível nacional.

### 1. FORMA COMO FORAM ORGANIZADAS AS VISITAS EM CADA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

- a) Reunião com o conselho de administração
- b) Reunião com os profissionais do hospital, nomeadamente das especialidades (que existissem na unidade hospitalar): Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vascular, Dermatovenereologia, Estomatologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia. Esta reunião incluiu os directores de serviço, bem como os directores e enfermeiras-directoras do bloco operatório e da Unidade de Cirurgia do Ambulatório, e/ou alargada a todos os médicos destas especialidades, dependendo da dimensão da instituição.
- c) Visita às instalações da Unidade de Cirurgia do Ambulatório.
- d) Reunião com a comunicação social.

### 2. QUEM REPRESENTOU A CNADCA

- a) Presidente da CNADCA
- b) Um elemento médico do Núcleo Executivo da CNADCA
- c) Um elemento não-médico do Núcleo Executivo da CNADCA
- d) Elementos da Comissão Nacional, Conselho Consultivo e Grupo Técnico da CNADCA
- e) Gabinete de Relações Públicas da ARS-Norte, IP.

### 3. TEMAS ANALISADOS

- a) Utilização do guião geral (desenhado especificamente para as visitas)
- b) Avaliação da resposta ao inquérito nacional
- c) Avaliação da produção cirúrgica nos últimos 3 anos
- d) Avaliação das listas de espera cirúrgicas
- e) Avaliação da visão e estratégia do hospital nesta área
- f) Avaliação dos projectos futuros para a Cirurgia de Ambulatório.

### 4. COMUNICAÇÃO SOCIAL

- a) Elaboração de documento em que se consubstanciava a posição da CNADCA e a posição da instituição no âmbito da CA
- b) Objectivo de promoção interna e externa da CA.



## 5. CALENDÁRIO DAS VISITAS



14.01.2008 (manhã) > Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) – Unidade Hospitalar de Vila Real (Hospital de São Pedro)



14.01.2008 (manhã) > Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) – Unidades Hospitalares de Chaves



14.01.2008 (tarde) > Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) – Unidades Hospitalares de Peso da Régua (Hospital D. Luiz I) e Lamego





18.01.2008 (manhã) > Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE (CHAM)  
– Unidade Hospitalar de Viana do Castelo (Hospital de Santa Luzia)



18.01.2008 (tarde) > Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do  
Conde (CHPV/VC) – Unidades Hospitalares da Póvoa do Varzim  
(Hospital S. Pedro Pescador) e de Vila do Conde



21.01.2008 (manhã) > Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (CHN) –  
Unidade Hospitalar de Braga





21.01.2008 (manhã) > Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (CHN) –  
Unidade Hospitalar Macedo de Cavaleiros



21.01.2008 (tarde) > Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (CHN) –  
Unidade Hospitalar de Mirandela



15.02.2008 (manhã) > Hospital de São Marcos (HSM) – Braga





15.02.2008 (tarde) > Hospital Santa Maria Maior, EPE (HSMM) – Barcelos



18.02.2008 (manhã) > Hospital Central de Faro (HCF)



18.02.2008 (tarde) > Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (CHBA) – Unidade Hospitalar de Portimão





22.02.2008 (manhã) > Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE  
(CHTS) Unidade Hospitalar de Vale do Sousa



22.02.2008 (tarde) > Unidade Local de Saúde de Matosinhos –  
Unidade Hospitalar de Pedro Hispano



25.02.2008 (manhã) > Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/  
Espinho, EPE (CHVNG/E) – Unidade Hospitalar de Vila Nova de Gaia





29.02.2008 (manhã) > Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE (CHMA)  
– Unidades Hospitalares de Vila Nova de Famalicão (Hospital São João de Deus) e de Santo Tirso (Hospital Conde de São Bento)



29.02.2008 (tarde) > Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (CHAA) –  
Unidade Hospitalar de Guimarães (Hospital Senhora da Oliveira)



03.03.2008 (manhã) > Hospital São Sebastião, EPE (HSS) – Vila da  
Feira





03.03.2008 (tarde) > Hospital Distrital de São João da Madeira (HDSJM)



14.03.2008 (manhã) > Centro Hospitalar do Porto, EPE (CHP) –  
Unidade Hospitalar de Santo António



14.03.2008 (tarde) > Instituto Português de Oncologia do Porto  
Francisco Gentil, EPE (IPOPFG)





17.03.2008 (manhã) > Hospital São João, EPE (HSJ)



17.03.2008 (tarde) > Hospital de Nossa Senhora da Conceição (HNSC)  
– Valongo



27.03.2008 (manhã) > Hospital Santo André, EPE (HSA) – Leiria





27.03.2008 (tarde) > Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA) – Unidade Hospitalar de Portalegre (Hospital Dr. José Maria Grande)



28.03.2008 (manhã) > Hospital do Espírito Santo, EPE (HES) – Évora



28.03.2008 (tarde) > Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE (CHBA) – Unidade Hospitalar de Beja (Hospital José Joaquim Fernandes)





04.04.2008 (manhã) > Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Unidade Hospitalar de Santa Maria



04.04.2008 (tarde) > Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto



07.04.2008 (manhã) > Hospital Curry Cabral (HCC)





07.04.2008 (tarde) > Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC)



11.04.2008 (manhã) > Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (CHLC) –  
Unidades Hospitalares de São José e Pediátrico D. Estefânia



11.04.2008 (tarde) > Hospital de Reynaldo dos Santos (HRS) – Vila  
Franca de Xira





14.04.2008 (manhã) > Hospital Distrital do Pombal



14.04.2008 (tarde) > Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)



18.04.2008 (manhã) > Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (CHC) –  
Unidade Hospitalar dos Covões





18.04.2008 (tarde) > Hospital José Luciano de Castro – Anadia (HJLC)



21.04.2008 (manhã) > Hospital Distrital de Santarém, EPE



21.04.2008 (tarde) > Hospital do Litoral Alentejano (Santiago do Cacém)

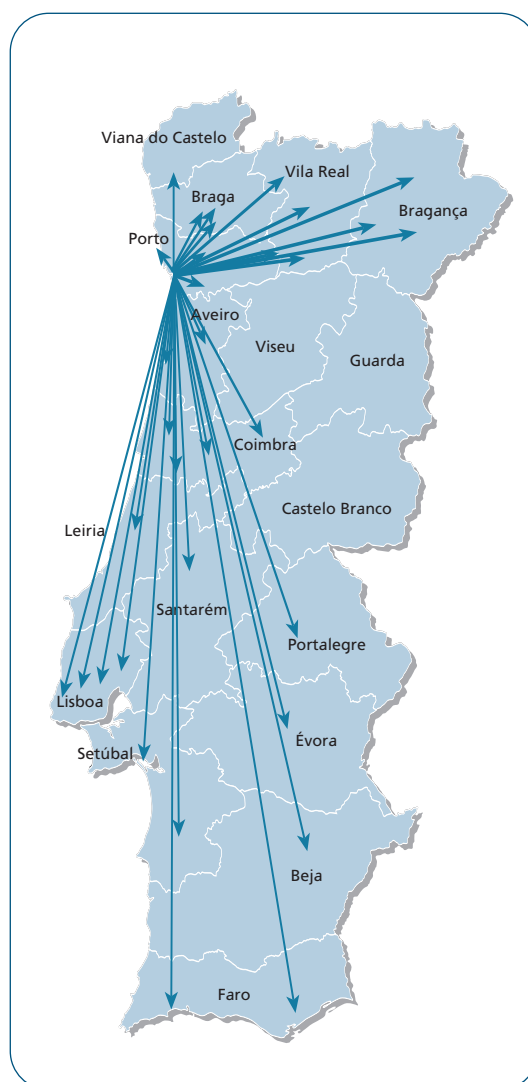


Foram ainda efectuadas duas visitas parcelares à Unidade Hospitalar de Espinho do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE e ao Hospital Infante D. Pedro, EPE – Aveiro (30.11.2007).

A CNADCA pretende ainda visitar os restantes 25 hospitais do país com actividade cirúrgica, de modo a poder aplicar os princípios e obter os resultados que pensamos termos tido nas outras instituições.

## 6. EM RESUMO:

- a) Foram visitadas 37 instituições hospitalares (60% dos hospitais do país com actividade cirúrgica) e 44 unidades hospitalares;
- b) Estiveram presentes nas reuniões 510 membros dos conselhos de administração e profissionais dos hospitais, o que significa uma média de 14 pessoas/reunião;
- c) Deslocaram-se, para fazer reportagem, mais de 100 meios da comunicação social (jornais, rádios e televisão), o que significa uma média de 3 por visita;
- d) No decorrer desta saídas, os elementos do núcleo executivo da CNADCA efectuaram cerca de 7.250 km.





COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



## 14. CASOS ESPECÍFICOS

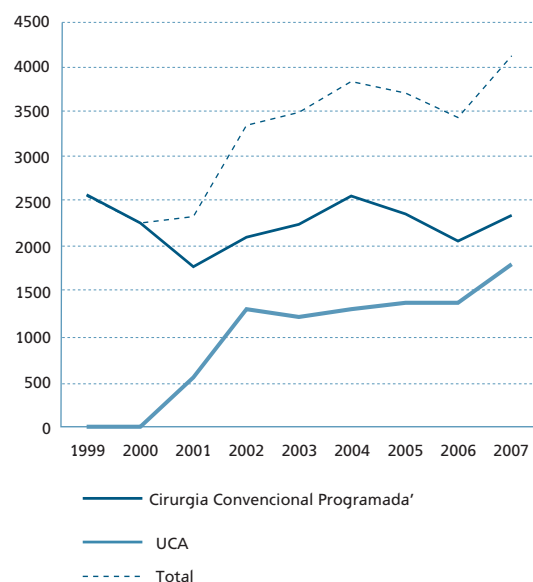
COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

### 1. CENTROS HOSPITALARES



- a) O Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde (CHPV/VC), possui duas Unidades Hospitalares, ambas com bloco cirúrgico, em dois Concelhos vizinhos. No ano de 2000, foi decidido que uma Unidade ficaria com actividade cirúrgica convencional (com internamento) e a outra com cirurgia de ambulatório, num processo de complementaridade e sinergia.
- b) Foi elaborada uma estratégia, que incluiu o envolvimento dos profissionais dos vários serviços (médicos e enfermeiros), médicos de Medicina Geral e Familiar, Autarquias e comunicação social.
- c) O plano incluiu obras, alocação de recursos humanos, visitas a Unidades acreditadas e definida uma política de qualidade.
- d) No final deste processo verifica-se um reconhecimento profundo dos utentes e uma satisfação dos profissionais. Pelo facto de uma unidade hospitalar de um Concelho passar a realizar só Cirurgia de Ambulatório e deixar de ter internamento cirúrgico, tal pode ser positivo e significar ganhos efectivos de saúde para as populações.

EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE CIRÚRGICA NO CHPV/VC





## 2. OS RECURSOS HUMANOS VERSUS INSTALAÇÕES



- a) O Hospital de S. Marcos – Braga, não possuía história em CA e em dois anos deverá conseguir atingir cerca de 41% da cirurgia programada.
- b) Uma Instituição que não possuía condições estruturais para uma UCA autónoma, sem espaço e circuitos adequados à sua função, mas que apesar disso e com o empenho do Conselho de Administração (gestão de topo) e o esforço dos profissionais conseguiu atingir valores dos melhores a nível do país (os argumentos das limitações de instalações não são os mais importantes para se mudar a prática clínica).
- c) Com as novas instalações que foram previstas, e já com esta experiência curta em tempo mas profunda em valor, seguramente poderão atingir os 50% da cirurgia programada efectuada em regime de ambulatório, e partir para o novo hospital com um capital de resultados alcançados que os tornará, sem dúvida, num caso de sucesso.
- d) O Conselho de Administração, com o apoio dos profissionais, de forma a estimular o rápido crescimento da CA, tomou uma decisão inovadora: a produção adicional no ano de 2007, só foi possível ser efectuada em ambulatório. Esta foi a medida mais relevante que permitiu este rápido crescimento, e que se manterá em 2008, pela continuação da decisão (que colhe a aprovação dos profissionais).
- e) A lista de espera cirúrgica do hospital diminuiu substancialmente de 2006 para 2007, a que não será alheio o crescimento exponencial da CA.

ACTIVIDADE CIRÚRGICA – BLOCO OPERATÓRIO					
	2004	2005	2006	2007	2008 (previsão)
Cirurgia Electiva	7.125	7.113	7.764	8.397	8.837
Convencional	6.222	6.187	6.248	5.670	5.230
Ambulatória	903	926	1.516	2.727	3.607
Cirurgia Urgente	2.920	3.254	3.595	3.501	3.592
<b>Total de Cirurgias</b>	<b>10.045</b>	<b>10.367</b>	<b>11.359</b>	<b>11.898</b>	<b>12.429</b>
Produção Base	6.038	6.122	6.200	7.024	6.830
Produção Adicional (PECLEC, SIGIC)	1.087	991	1.564	1.373	2.007*
Cirurgias Urgentes/ Total Cirurgias	29,07%	31,39%	31,65%	29,43%	28,90%
Taxa de cirurgias ambulatorias	12,67%	13,02%	19,53%	32,48%	40,82%

\* Apenas em Cirurgia Ambulatória

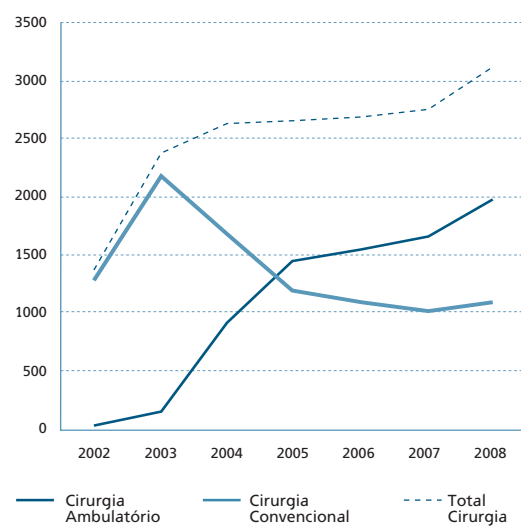


## 3. HOSPITAIS SEM INTERNAMENTO



- a) O **Instituto Gama Pinto** é uma instituição com particularidades específicas, visto dedicar-se apenas à Oftalmologia, a especialidade com maior potencial de ambulatorização;
- b) No entanto, é de realçar que iniciou um programa profundo nesta área, tendo em consideração os benefícios para os utentes, numa altura em que o financiamento não era o ideal;
- c) No plano inicial traçado, pressupunha como meta uma taxa de ambulatorização na ordem dos 70%, o que poderá ser alcançado, de uma forma natural, em 2009;
- d) Nessa altura, deverá repensar o seu Plano de Negócios (sugere a CNADCA), pois com a evolução da medicina, objectivos mais ambiciosos poderão ser atingidos, tendendo para um hospital sem internamento, tendo a noção de que se trata de uma Instituição com profissionais de elevado valor e possuindo um Conselho de Administração com a Visão adequada a dar mais este passo na história desta prestigiada Instituição.

EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE CIRÚRGICA  
NO INSTITUTO GAMA PINTO





#### 4. O VALOR DAS CAMAS HOSPITALARES



- a) Os hospitais cada vez menos se 'medem' pelo número de camas. A produção e diferenciação de um serviço e dos seus profissionais constituem o valor activo mais relevante para as Instituições;
- b) Existe sempre um receio generalizado de que a redução da lotação dos hospitais poderá constituir o 'caos', com quebra na produção e na qualidade do atendimento: o que se verifica na prática, é que soluções estudadas e discutidas entre todos os profissionais, podem permitir ultrapassar determinados paradigmas e alcançar novos patamares de excelência;
- c) No mês de Agosto de 2007, a 'eliminação' de um dos 3 serviços cirúrgicos do Centro Hospitalar do Alto Minho (Viana do Castelo), num valor de 22 em 90 camas de Cirurgia Geral que existiam no hospital, é um bom exemplo disso;
- d) O que se observou quando se comparam períodos homólogos (últimos trimestres de 2006 e de 2007), é que apesar de se ter efectuado a redução em 24% das camas cirúrgicas, num único momento, tal permitiu aumentar a produção cirúrgica, reduzir a demora média e conseguir melhorar a satisfação dos profissionais (algo avaliado in loco pela CNADCA, no decorrer de uma das suas visitas);
- e) No que concerne ao impacto económico-financeiro e às necessidades em recursos humanos, decorrentes desta medida, os resultados apesar de previsíveis não deixam de ser impressionantes;
- f) Por último, o CHAM conseguiu ainda a possibilidade de deter um serviço de internamento livre, totalmente equipado, com capacidade de servir de 'tampão' a outros serviços em caso de obras ou de capacidade extra em caso de epidemias ou outras catástrofes.



## 5. ENVELHECIMENTO, ISOLAMENTO, ILITERACIA



- a) O Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE é uma Instituição Hospitalar situada no Alentejo. Apesar de ser uma zona com população envelhecida, com comorbilidades, a morar isolada, a distâncias consideráveis do hospital, com deficientes condições de transporte público e com níveis elevados de iliteracia, a UCA atingiu níveis de 50% da actividade da cirurgia programada, colocando em causa que argumentos desta dimensão possam constituir justificação para taxas de ambulatório reduzidas.
- b) O envolvimento do Conselho de Administração e a motivação dos profissionais, conseguem ultrapassar as dificuldades existentes e encontrar as melhores soluções para os doentes, de acordo com o estado da arte. Não temos dúvidas de que com melhores condições físicas, quer a taxa de ambulatorização, quer a diferenciação dos procedimentos podem atingir níveis de excelência.



## 6. DIFERENCIAÇÃO E COMPLEXIDADE CIRÚRGICA



A complexidade e diferenciação que actualmente é conseguida na prática da Cirurgia de Ambulatório, pode ser facilmente expressa pela experiência do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Egas Moniz (**Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE**), que demonstra de forma cabal o futuro desta abordagem cirúrgica.

A cirurgia da patologia degenerativa da coluna cervical e lombar, efectuada em ambulatório, já conta com mais do que 247 doentes intervencionados. O primeiro ano da actividade que correspondeu às primeiras 97 cirurgias, foi avaliado tendo-se verificado que nenhum doente necessitou de internamento pós-operatório e nenhum doente foi re-intervencionado nos 30 dias a seguir à primeira cirurgia.

A Neurocirurgia, considerada tradicionalmente como uma especialidade que dificilmente se enquadraria em protocolos de alta precoce, é completamente ultrapassado pela prática e os resultados de sucesso apresentados.

A Cirurgia de Ambulatório não conhece limites...







COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

# RELATÓRIO PRELIMINAR

Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente

01. LEVANTAMENTO NACIONAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
02. PRODUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
03. O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – A LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA
04. ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
05. PLANEAMENTO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
06. AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÓMICA DA CONSTRUÇÃO/REMODELAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
07. CONTRATUALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO
08. TAXAS MODERADORAS
09. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
10. A QUALIDADE NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
11. A FORMAÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
12. SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES
13. VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS
14. CASOS ESPECÍFICOS
15. COMUNICAÇÃO SOCIAL



COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

No âmbito das tarefas e metodologia definidas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia do Ambulatório (CNADCA), tendo por objectivo a elaboração e entrega ao Governo de um documento, devidamente alicerçado e em que no qual constasse um conjunto de testemunhos e consequentes propostas, na forma de rotatividade entre os Membros da Comissão, foram efectuadas visitas às Unidades de Cirurgia de Ambulatório, independentemente de distâncias, condições e respectivas taxas de execução.

De forma aleatória, a seguir damos conta de alguns exemplos de notícias e entrevistas publicadas; notícias estas e todas as demais que, igualmente, poderão ser consultadas na versão digital apenas a esta versão do documento.

[illegible]



**Notícias de Guimarães**

75 ANOS

Presidência e Assembleia: 75 Anos de Independência

Presidência da República: 75 Anos de Independência

Assinatura: 19 de Maio de 2011

[illegible][illegible]



Portugal

**Hospitais que operam em ambulatório devem dar contacto telefónico directo aos doentes**

**Admissão livreza da Finca Lousada**

**Dicionário do IDT já não define betinho e carota**

**Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses vai ser assinado mas é alvo de contestação**

**19**

Porto

**Doentes esperam quatro meses para ser operados**

**Matosinhos: péssima média**

**Penafiel**

**Hospital apontado como exemplo**

**19**

## Penafiel

## Hospital apontado como exemplo

Cirurgias sem internamento são 42% das intervenções programadas, com espera média de 1,3 meses

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) foi considerado um exemplo a seguir na promoção de cirurgias de ambulatório, em dois anos, as unidades do Vale do Sousa e Azeiteiros conseguiram um acréscimo de 130% na realização de intervenções cirúrgicas que dispensam o internamento.

De acordo com a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, que antecedeu a visita a este centro hospitalar, as intervenções sem internamento favorecem uma "mais rápida recuperação pós-operatória", por ser feita em "ambiente familiar". Além disso, evita o risco de contrair infeções hospitalares resultantes de estadias prolongadas no hospital, bem como "reduz o risco de tromboembolismo" por forçar os doentes a movimentarem-se precocemente. Segundo dados divulgados quando da visita, o

CHTS realizou no ano passado 10697 cirurgias programadas, das quais 62% em ambulatório (mais 19% do que em 2006). A média nacional de intervenções sem internamento era, em 2006, de 17% (pouco, face a critérios internacionais: 55% na Dinamarca, 60% na Suécia, Noruega e Holanda, 44% em Espanha), o que coloca a unidade do Tâmega e Sousa numa posição confortável, "aproximando-se das melhores práticas de qualidade". Também realçado pela comissão é a média de espera por uma cirurgia no CHTS: 1,3 meses

contra 4,2 meses na Região Norte. Em Janeiro de 2008, havia ali 2482 doentes em espera, contra 34% do que em Junho de 2006. O tempo de espera, no período em análise, diminuiu 39%. "Cerca de 96% do total de inscritos esperam menos de seis meses". Estes resultados permitem, "também doentes transferidos de outras hospitais" no âmbito da recuperação da lista de espera cirúrgica. Uma prestação de sucesso que resulta da ocupação dos blocos operatórios das 8 a 20 horas, numa taxa de utilização "na ordem dos 80%", e

N

## Matosinhos: péssima média

No Hospital de São Francisco, em Matosinhos, há, em Janeiro, quase 2000 doentes em espera por uma intervenção cirúrgica. Em 2006, a média nacional de intervenções sem internamento era, em 2006, de 17% (pouco, face a critérios internacionais: 55% na Dinamarca, 60% na Suécia, Noruega e Holanda, 44% em Espanha), o que coloca a unidade do Tâmega e Sousa numa posição confortável, "aproximando-se das melhores práticas de qualidade". Também realçado pela comissão é a média de espera por uma cirurgia no CHTS: 1,3 meses

## Respostas variadas

Respostas variadas, que vão desde a realização de cirurgias de ambulatório, em dois anos, as unidades do Vale do Sousa e Azeiteiros conseguiram um acréscimo de 130% na realização de intervenções cirúrgicas que dispensam o internamento.



## MEDICINA

■ Comissão defende que doentes devem dispor do contacto telefónico do hospital

### Já foi entregue o relatório da cirurgia ambulatória

O relatório da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória, onde constam as novas diretrizes de intervenção nesta área, foi apresentado ao secretário de Estado Adjunto e da Saúde no passado dia 21, aderindo ao «Tempo Médico» e presidente da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), Paulo Lemos.

O documento contém um conjunto de medidas que visam melhorar o exercício da cirurgia ambulatória, onde só para bem dos doentes mas também do próprio SNS, que «começa a ser cada vez mais insustentável» em Portugal do ponto de vista económico, acrescenta o responsável.

A comissão, que fez o levantamento da situação e estudou os constrangimentos que têm impedido um desenvolvimento mais célere da prática da cirurgia ambulatória em Portugal, propõe ao Ministério que alguns dos critérios que regem esta prática passem a ser cumpridos, por norma, nos hospitais. Entre esses critérios conta a obrigatoriedade de os hospitais disponibilizarem sempre aos doentes e aos familiares um contacto telefónico no caso de surgir alguma complicação durante a recuperação no domicílio.

De acordo a proposta, as unidades hospitalares que fazem este tipo de cirurgia devem também ligar ao doente no dia seguinte à operação, para se inteirarem da sua situação clínica.

O objetivo é «aumentar a quantidade e a qualidade da cirurgia de ambulatório», afirmou Fernando Araújo, presidente da comissão, no decorrer do V Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória, que decorreu no Porto de 19 a 21 de corrente mês.

Este tipo de cirurgia representa em Portugal, em 2006, cerca de um quarto das cirurgias programadas — 27% —, mas há países (do Norte da Europa e Estados Unidos, entre outros) onde a cirurgia ambulatória ronda os 50% do total das intervenções efetuadas.

Fernando Araújo admite agora que o objetivo aponta para que Portugal atinja os 50% já no próximo ano.

De acordo com Paulo Lemos, a maximização de recursos ao nível hospitalar deverá centrar-se na «divisão de dois hospitais» — o hospital de doentes internados, agudos, urgentes e transplantados, e o «hospital de ambulatório», onde funcionarão não só as consultas mé-



PAULO LEMOS

O documento contém um conjunto de medidas que visam melhorar o exercício da cirurgia ambulatória, «não só para bem dos doentes» mas também do próprio SNS, que «começa a ser cada vez mais insustentável» em Portugal do ponto de vista económico, disse Paulo Lemos.

dicos e o hospital de dia, mas também a atividade cirúrgica feita em regime de ambulatório.

A alteração do modelo de financiamento da cirurgia ambulatória é uma das condições para a mudança da atual situação, considerou o presidente da APCA.

## PONTO DE VISTA

### As vantagens dos hospitais-cogumelos



A propósito da entrada em funcionamento do novo Hospital dos Lusíadas, o Diário de Notícias fez um levantamento sobre que em 2009 «vão abrir as portas 20 a 25 unidades de saúde privadas» e que «vão faltar médicos em Portugal dentro de quatro anos».

Fiquei preocupado. Desta vez não com a falta de médicos. A ser verdade é que li, pronuncia-se uma situação completamente alheia da intenção da lei da oferta e da procura. Com hospitais privados a nascer ao ritmo de cogumelos selvagens, onde estão os clientes? De onde irão perdessementados os doentes para tanto hospital? Não quero imaginar a que métodos poderão recorrer essas empresas para se salvar.

Contudo, e correndo o risco de ser egoísta, fico à espera que as coisas corram bem para os privados. Se a maioria dos doentes optar por essa via, pode ser que as extensas listas e tempos de espera para cirurgia desapareçam, já não seja preciso esperar nas Urgências e, com alguma sorte, permanecerão no SNS alguns dos melhores médicos. Mais sorte que eu terá o Estado, que, de uma vez só, poderá poupar na despesa nos hospitais públicos, e receber o IRC de mais 25 novas empresas.

teresa.mendes@tempomeditico.com

## Diário de Notícias

Comissão nacional apresenta relatório no final do mês

### HUC esperam realizar 10 mil cirurgias de ambulatório

No prazo de três anos, os HUC deverão realizar 10 mil cirurgias de ambulatório, um crescimento de quatro mil em relação a 2006. Foi apresentado esta a criação de uma unidade especializada, onde o especialista



do Hospital Central de Faro (HCF) vai começar a funcionar na segunda ou terceira semana de Março. A garantia foi deixada pelo presidente da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA), que ontem visitou esse hospital e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), em Portimão, onde viu «uma das melhores unidades de cirurgia ambulatória do País».

## NOVA UNIDADE ABRANCA EM MARÇO

### Cirurgia ambulatória em Faro

■ A Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital Central de Faro (HCF) vai começar a funcionar na segunda ou terceira semana de Março. A garantia foi deixada pelo presidente da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA), que ontem visitou esse hospital e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), em Portimão, onde viu «uma das melhores unidades de cirurgia ambulatória do País».

A CNDCA foi criada em Outubro

por Coerreia de Campos. É presidida pelo vice-presidente da Administração Regional de Saúde Norte, Fernando Araújo. Pretende fazer um retrato nacional, identificando problemas e propondo soluções. O relatório final será entregue em Abril à ministra da Saúde, Ana Jorge.

Fernando Araújo vai a meio da ronda nacional e ontem visitou os dois principais hospitais algarvios. No HCF presidiu ao anúncio da abertura, em Março, da unidade de cirurgia ambulatória, com capacidade



A RELATÓRIO PRONTO EM ABRIL

desta forma ao que se relaciona com o regime de internamento. «É uma unidade com muito boa produção», comentou.

Fernando Araújo defendeu que as cirurgias em regime de ambulatório reduzem listas de espera, libertam camas e favorecem os doentes, diminuindo riscos de infeção hospitalar e permitindo reinternação mais rápida. Representam 17 por cento do total nacional, ainda longe dos 50 por cento no Norte da Europa. — P.J.M. ■



## Semanário TRANSMONTANO

Arquivo: Edição de 25-01-2008

### Mirandela

Serviço pode ajudar a reduzir listas de espera

### Centro de cirurgia de ambulatorio vai ser inaugurado na segunda

Na próxima segunda-feira vai ser inaugurado, no Hospital de Mirandela, o Centro de Cirurgia de Ambulatório. Este serviço, que representa um investimento de dois milhões de euros, vai possibilitar a realização de pequenas operações, cuja recuperação pode ser feita em casa.



Henrique Capelas, presidente do Mirandela foi escolhido para inaugurar o ambulatorio porque oferece

A unidade de Mirandela foi escolhida pelo Centro Hospitalar do Nordeste (CHNE) para instalar a cirurgia de ambulatorio porque oferece "todas as condições ideais", explicou Henrique Capelas, presidente do conselho de administração do CHNE. "Há características no funcionamento destas unidades e em Mirandela temos toda a potencialidade", reforçou o responsável. Para a instalação terão de ser "resolvidas algumas questões de reorganização da acção médica, nomeadamente da área cirúrgica", acrescenta Capelas, confiante "na excelência da unidade".

Quem quiser saber mais sobre este espaço em breve para Cirurgia de Ambulatório

### Espaço em breve para Cirurgia de Ambulatório

Em 20 de Fevereiro passado, o Centro Hospitalar do Nordeste (CHNE) inaugurou o Centro de Cirurgia de Ambulatório. Este centro, que representa um investimento de dois milhões de euros, vai possibilitar a realização de pequenas operações, cuja recuperação pode ser feita em casa. O novo espaço de saúde, que tem a sua localização estratégica no Hospital de Mirandela, vai permitir a realização de pequenas operações, cuja recuperação pode ser feita em casa. O novo espaço de saúde, que tem a sua localização estratégica no Hospital de Mirandela, vai permitir a realização de pequenas operações, cuja recuperação pode ser feita em casa.



Henrique Capelas, presidente do Mirandela foi escolhido para inaugurar o ambulatorio porque oferece

## A VERDADE

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa é exemplo na Cirurgia de Ambulatório

12/08/07 08:01

A Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CHNECA), em conjunto com a ARS - Norte, iniciou a criação de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS).

A unidade foi criada em resposta às necessidades das unidades de Ambulatório, como também com os resultados de produção apresentados ao final do Curso de Ambulatório.

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, apresenta hoje o Centro de Ambulatório, com 40% do total de cirurgias programadas, ultrapassando a média nacional e posicionando-se a nível inferior das unidades que possuem serviços de ambulatório.

O Centro de Cirurgia de Ambulatório, que possui uma sala de espera com capacidade de 1500, incluindo a área de espera e o centro de Cirurgia de Ambulatório, que está de acordo com o planeamento regional da ARS - Norte, e que de modo rápido, no passado dia 20 de Fevereiro, a inauguração do CHTS. Para o vice-presidente da ARS - Norte, Fernando da Silva, "o CHTS é um bom exemplo de aplicação do Programa Nacional de Cirurgia de Ambulatório", e também de apoio ao sistema de saúde.

No CHTS o número de horas de espera é de 1,8 meses, sendo que no Hospital Regional Norte a média de horas de espera é de 4,2 meses.

No ano de 2007, o número total de cirurgias operadas no Centro Hospitalar foi de 13.277, das quais 10.887 (82%) em cirurgia programada. A utilização do ambulatório ocorreu em 42% dos casos programados, o que representa um crescimento significativo face ao ano anterior de 19%.

### Expresso da Felicidade

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa aposta cada vez mais na cirurgia de ambulatório

07/02/2008



Este tipo de cirurgia cresceu no ano passado cerca de 19 por cento

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, de acordo com a informação agregada das unidades hospitalares que o integram (Penafiel e Amarante), operou no ano de 2006 um total de 13.330 doentes, dos quais 10.811 (80%) em cirurgia programada (cerca de 3,6% da produção cirúrgica nacional). A utilização do ambulatório ocorreu em 30% dos casos programados, anunciou fonte deste centro hospitalar.

No ano de 2007, o número total de doentes operados foi de 13.277, dos quais 10.887 (82%) em cirurgia programada. A utilização do ambulatório ocorreu em 42% dos casos programados, o que representa um crescimento significativo face ao ano anterior de 19%. Para o ano de 2008, o CHTS contratualizou a realização de 16.778 cirurgias, sendo que 13.904 serão programadas (83%). Destes, 5.718 (41% das cirurgias programadas) serão efectuadas em regime de ambulatório.

No ano de 2007, a adesão ao CHTS - "atingiu-se o contratualizado a todos os níveis, tendo o peso da cirurgia de ambulatório no total de cirurgias programadas atingido 47,8% durante o 4º trimestre desse ano".

Em Janeiro de 2008, estavam inscritos no CHTS, 2.482 doentes à espera de uma intervenção cirúrgica. A mediana do tempo de espera era de 1,8 meses, sendo que cerca de 96% do total de inscritos esperam menos de 6 meses.

No último ano e meio, verificou-se uma redução significativa da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), em 24% do número de doentes inscritos e em 36 % da mediana do tempo de espera.

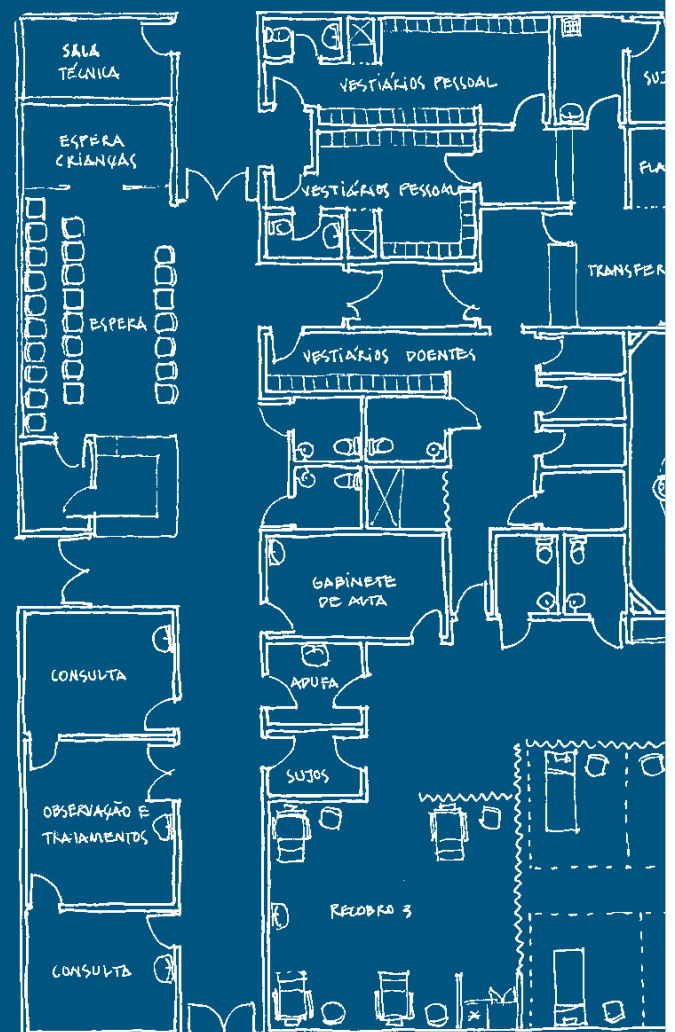








Ministério da Saúde



ACSS/UONIE ABR-08